

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1901-1902. — N° 72

RAPPORTS DE LA TUBERCULOSE
AVEC LE
RHUMATISME CHRONIQUE DÉFORMANT

THESE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Janvier 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

René POULY

Né le 12 Juin 1872, à Annonay (Ardèche),

Ex-Interne des Hôpitaux de Lyon,

Lauréat du Concours de l'Externat (1896),

Lauréat du Concours de l'Internat (1899),

Licencié en Droit (Lauréat de la Faculté de Droit de Grenoble) (1892).



LYON

A. REY & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Janvier 1902

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1901-1902. — N° 72

RAPPORTS DE LA TUBERCULOSE

AVEC LE

RHUMATISME CHRONIQUE DÉFORMANT

THESE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Janvier 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

René POULY

Né le 12 Juin 1872, à Annonay (Ardèche),

Ex-Interne des Hôpitaux de Lyon,

Lauréat du Concours de l'Externat (1896),

Lauréat du Concours de l'Internat (1899),

Licencié en Droit (Lauréat de la Faculté de Droit de Grenoble) (1892).



LYON

A. REY & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Janvier 1902

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.
CROLAS. QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	}	MM. LÉPINE.
		BONDET.
		BARD.
		PONCET.
Cliniques chirurgicales.	}	X.
		FOCHIER.
Clinique obstétricale et Accouchements.		GAYET.
Clinique ophtalmologique.		GAILLETON.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		PIERRET.
Clinique des maladies mentales.		WEILL.
Clinique des maladies des enfants.		MONOYER.
Physique médicale.		HUGOUNENQ.
Chimie médicale et pharmaceutique.		CAZENEUVE.
Chimie organique et Toxicologie.		FLORENCE.
Matière médicale et Botanique.		LORTET.
Parasitologie.		TESTUT.
Anatomie.		RENAUT.
Anatomie générale et Histologie.		MORAT.
Physiologie.		TEISSIER.
Pathologie interne.		AUGAGNEUR.
Pathologie externe.		MAYET.
Pathologie et Thérapeutique générales.		TRAPIER.
Anatomie pathologique.		POLLOSSON (M.).
Médecine opératoire.		ARLOING.
Médecine expérimentale et comparée.		LACASSAGNE.
Médecine légale.		COURMONT (J.).
Hygiène.		SOULIER.
Thérapeutique.		CROLAS.
Pharmacologie.		

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des maladies des femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires.	MM. CHANDELUX, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS, —
Propédeutique médicale.	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.	GANGOLPHE, —
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique.	DEVIC, —
Physiologie.	DOYON, —
Accouchements.	FABRE, —
Botanique.	BEAUVISAGE, —
Hydrologie et matières alimentaires.	M. CAUSSE, Docteur en sciences

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	VALLAS.	NOVE-JOSSERAND	CHATIN.
ROUX.	SIRAUD.	BÉRARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. TEISSIER, Président; M. J. COURMONT, Assesseur;
MM. PAVIOT et P. COURMONT, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA FIANCÉE

A MES AMIS

A M. le Professeur TEISSIER nous devons le sujet de ce travail. Qu'il nous permette de lui adresser ici le témoignage de notre profonde reconnaissance pour la bienveillante sollicitude qu'il nous a toujours témoignée pendant toute la durée de nos études médicales. Nous tenons aussi à le remercier de l'honneur qu'il nous fait en acceptant aujourd'hui la présidence de cette thèse.

A M. le Professeur-Agrégé PAVIOT, médecin des Hôpitaux, pour l'obligeance avec laquelle il s'est intéressé à nos recherches dans son service du Perron.

A M. le Professeur-Agrégé PAUL COURMONT, pour le service inoubliable qu'il nous a rendu en exécutant lui-même toute la partie expérimentale de notre étude.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX :

Externat :

- M. GANGOLPHE, Professeur-Agrégé, Chirurgien des Hôpitaux.
- M. VALLAS, Professeur-Agrégé, Médecin des Hôpitaux.
- M. BOUVERET, Professeur-Agrégé, Médecin des Hôpitaux.
- M. TEISSIER, Professeur de Pathologie interne, Médecin des Hôpitaux.

Internat :

- M. ROLLET, Professeur-Agrégé, Chirurgien des Hôpitaux.
- M. BRET, Médecin des Hôpitaux.
- M. FABRE, Professeur-Agrégé.
- M. MOLLARD, Médecin des Hôpitaux.
- M. GAILLETON, Professeur de Clinique.

A M. LE DOCTEUR ROUGIER

Médecin honoraire du Dispensaire.

INTRODUCTION

Nous étudions les rapports de la tuberculose et du rhumatisme chronique déformant.

On a déjà discuté sur la question et on est loin de s'entendre. Frappés de la coïncidence assez fréquente de la tuberculose et du rhumatisme noueux, quelques pathologistes tendent à rattacher les deux affections au même groupe morbide. D'autres, au contraire, ne voient aucun lien diathésique entre elles. Pourquoi ces opinions extrêmes et où rechercher la vérité au milieu de ces idées contradictoires?

Quelle est en réalité la fréquence de la tuberculose dans le rhumatisme noueux; faut-il voir dans la coexistence de ces deux affections quelque chose de plus qu'une simple coïncidence; quel retentissement peut avoir l'une de ces deux affections sur l'autre quand elle vient la compliquer? Ces questions nous ont paru intéressantes à étudier, d'autant plus que des recherches récentes se rattachant à notre étude lui donnent un attrait nouveau.

En effet, la chirurgie nous a montré que la tuberculose articulaire peut simuler le rhumatisme déformant. L'expérimentation, d'autre part, avec le séro-

diagnostic tuberculeux, nous offre le moyen de déceler la tuberculose latente dans l'organisme. La clinique et le laboratoire apportent-ils donc des faits nouveaux qui montrent encore mieux les rapports de la bacillose avec le rhumatisme nouveau ?

Dans notre étude nous nous proposons de suivre le plan suivant :

CHAPITRE PREMIER. — *Considérations générales sur le rhumatisme.*

CHAPITRE II. — *Historique des rapports de la tuberculose et du rhumatisme déformant.*

CHAPITRE III. — *Notre méthode. — Exposé des questions à résoudre.*

CHAPITRE IV. — *Observations et leur classement.*

CHAPITRE V. — *Discussion des faits observés.*

CONCLUSIONS.

RAPPORTS DE LA TUBERCULOSE

AVEC LE

RHUMATISME CHRONIQUE DÉFORMANT

CHAPITRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LE RHUMATISME

Pendant longtemps on a groupé sous le nom de rhumatisme toutes les arthropathies. Baillou le premier (1570-1616) s'efforce d'en distraire la goutte.

Plus tard, de 1800 à 1825, une série de monographies de Scudamore, Latour, Barthez, Villeneuve jettent un jour nouveau sur la question. Grâce à ces travaux la goutte est séparée définitivement du rhumatisme, et une distinction nette se trouve établie entre le rhumatisme articulaire aigu et le rhumatisme chronique.

Le terme de rhumatisme chronique est enfin décidément adopté, grâce à Charcot, Vidal, Plaisance (1850-1860).

Peu à peu, tandis que les arthropathies développées dans le cours des maladies nerveuses sont mises à part sous le nom d'arthropathies nerveuses, Bouchard fait faire un progrès nouveau à la question en créant le groupe des pseudo-rhumatismes infectieux (arthrites de la blennorragie, de la scarlatine, de la diphtérie etc.)

Le grand pas est fait désormais dans la voie des réformes. Des idées précises se sont fait jour et sont adoptées. Le rhumatisme chronique est bien distingué des autres affections avec lesquelles il avait été confondu jusque-là.

Mais ce n'est pas tout; reste une question difficile à trancher.

Le terme de rhumatisme chronique est général, il ne faut voir dans l'idée qu'il exprime qu'un groupement, peut-être provisoire, d'affections ayant entre elles quelques points communs, mais fort différentes d'ailleurs dans leur nature.

Reste donc à classer les rhumatismes chroniques. Là est le point essentiel.

Charcot a fort justement remarqué que dans les rhumatismes chroniques existent des lésions articulaires du côté des synoviales, des surfaces articulaires, etc., lésions qui peuvent être identiques dans tous les cas et qui reproduisent celles du rhumatisme articulaire aigu à un stade plus ou moins avancé. Mais cette remarque intéressante contribue pendant quelque temps à perpétuer une erreur. En effet, de la similitude des lésions on arrive à conclure à tort qu'il n'y a qu'une espèce de rhumatisme. Et se basant uniquement sur l'anatomo-pathologie, on néglige le côté le plus intéressant de la question, celui d'où doit venir la lumière qui sera jetée plus tard dans le débat.

Quels sont, dans chaque cas de rhumatisme chronique, la nature intime, l'origine, la pathogénie en un mot?

Voilà ce qu'il faut établir et ce qui permettra de créer une classification exacte.

Skado, Risenmann, et à leur suite quelques auteurs émettent l'avis que le rhumatisme chronique est une trophonévrose primitive. Charrin, Chauffard, Marie remarquent que certaines formes de rhumatisme chronique sont de nature infectieuse, succédant au rhumatisme articulaire aigu, tandis que d'autres, au contraire, sont d'origine arthritique, sans parenté avec le rhumatisme articulaire aigu, et sont une trophonévrose primitive.

Dans leur important article du traité de Brouardel, MM. Teissier et Roque établissent enfin une classification des rhumatismes chroniques, qu'ils divisent en trois groupes, classification qui a été adoptée depuis par les rapporteurs du Congrès de Naples 1897 : Mas-salongo et Fegglioli.

1^{er} *groupe* : le rhumatisme chronique succède au rhumatisme articulaire aigu ou coïncide avec lui. Il semble n'être alors qu'une de ses modalités cliniques, et se complique souvent de lésions cardiaques.

2^e *groupe* : le rhumatisme goutteux, affectant des rapports étroits avec l'arthritisme et les maladies générales par ralentissement de la nutrition et se terminant souvent par l'aortite chronique, l'insuffisance rénale, le cancer quelquefois.

3^e *groupe* (le seul qui nous intéresse) : le rhumatisme chronique déformant ; « rare avant quarante ans, à manifestations ordinairement bilatérales, symétriques, sévissant de préférence sur les petites jointures et pouvant atteindre cependant les grandes et se localiser primitivement sur elles. Il y a consécutivement des déformations et des attitudes vicieuses

caractéristiques, des douleurs des troubles trophiques et sensitifs, qui par leur marche peuvent faire songer aux arthropathies nerveuses.

« L'anatomie pathologique permet d'entrevoir déjà des localisations médullaires. L'étiologie montre l'influence nette du froid humide sur la production de telles arthrites. Aussi leur pathogénie probable est-elle une arthronévrose infectieuse... Cette affection se termine par l'éclosion d'une tuberculose ou par l'albuminurie et l'insuffisance rénale » (Teissier et Roque *in* Brouardel).

Voilà, bien esquissée dans ses traits généraux, la nature du rhumatisme chronique déformant. Celui-là seul nous intéresse, et nous nous demandons quels sont les rapports que la tuberculose peut avoir avec cette affection.

Voyons d'abord ce qui a été fait sur la question et quelles sont les idées émises jusqu'ici à ce sujet.

CHAPITRE II

HISTORIQUE DES RAPPORTS DE LA TUBERCULOSE

* ET DU RHUMATISME CHRONIQUE DÉFORMANT ¹

Sydenham, qui le premier a bien décrit le rhumatisme nouveau, n'a jamais signalé la tuberculose.

En 1817, Brugière, dans sa thèse : *Dissertation sur le rhumatisme*, dit : « Le rhumatisme, soit aigu, soit chronique, peut se compliquer d'affection scrofuleuse. »

Plus tard (en 1820), Villeneuve, dans son article du *Dictionnaire des sciences médicales*, écrit ceci : « Le rhumatisme nouveau peut, chez les sujets faibles, par sa durée et son intensité, entraîner de tels dérangements dans les fonctions digestives et nutritives que le marasme et la mort en soient le résultat. »

Charcot, dans sa thèse de doctorat, signale comme cause de mort, dans le rhumatisme chronique, la tuberculose pulmonaire, sans voir pour cela de rapports entre les deux affections.

Dans sa thèse d'agrégation, P. E. Chauffard précise davantage en disant : « Les personnes atteintes de rhu-

¹ Très bien fait dans la thèse de Coyrard, Paris 88-89, *Tuberculose et rhumatisme articulaire chronique progressif*. Nous faisons ici de nombreux emprunts à cette thèse.

matisme sont accessibles à toutes les maladies qui peuvent se présenter chez les autres individus ; mais on ne remarque aucun rapport entre la manifestation de ces maladies et l'affection antérieure.

Bien plus intéressantes pour notre sujet sont les remarques de Fuller : « 119 malades, dit-il dans son *Traité sur le rhumatisme, la goutte et la sciatique* (1860), ont été interrogés au point de vue antécédents tuberculeux. Je n'en ai pas trouvé moins de 23, soit 5 pour 100, qui avaient perdu un père, une mère, plusieurs frères ou sœurs, de phthisie. » Et sa statistique portait uniquement sur des malades atteints de rhumatisme chronique déformant. Les recherches de Fuller sont donc, pour nous, les plus intéressantes qui aient été faites jusqu'alors.

La question des rapports de la tuberculose avec le rhumatisme déformant est dès lors nettement posée. Elle va soulever des débats presque interminables, discussions longues parfois, mais d'où doit jaillir un peu de lumière au milieu de tant d'obscurité.

En effet, c'est au milieu de ces discussions élevées en 1863, 1864, à la Société hydrologique médicale de Paris, que Hérard dit ceci : « La tuberculose apparaît dans la cachexie arthritique, mais elle y apparaît comme dans toute cachexie, par suite des influences mauvaises, hygiéniques ou autres, qui aboutissent à l'altération et à la débilitation de l'organisme. »

Des éléments plus intéressants et plus probants sont apportés dans les débats par le professeur Cornil en 1864, en son mémoire « Coïncidences pathologiques du rhumatisme articulaire ». Dans 8 autopsies, Cor-

nil trouve 2 fois des tubercules dans les poumons; et parmi les rhumatismes noueux vivants, sur 28, 2 présentent des signes manifestes de cavernes. Dans son mémoire, Cornil signale encore, outre la phtisie, l'albuminurie. Sur les 28 malades, 8 ont de l'albuminurie en quantité et des cylindres hyalins dans les urines. Dans 9 autopsies, 5 fois le rein a présenté des altérations à des degrés variables.

Mais quelles sont les relations de cause à effet entre la tuberculose et le rhumatisme? Y-a-t-il simplement coïncidence entre les deux affections? L'une d'elles influe-t-elle sur le développement ou sur la marche de l'autre? La question jusqu'ici est à peine posée, quoique déjà entrevue.

Aussi Ball, dans sa thèse d'agrégation (1860), croit-il devoir préciser ce point intéressant : « Il est évident, dit-il, que si le rhumatisme ne prédispose nullement à la tuberculose, il n'existe cependant aucun antagonisme entre ces deux affections. Qu'un rhumatisant devienne tuberculeux, qu'un tuberculeux devienne rhumatisant, est-ce sur de pareilles coïncidences qu'on aurait le droit d'établir une corrélation entre deux maladies aussi communes ? »

Ainsi entre-t-on maintenant dans le vif du débat.

Le professeur Charcot, dans ses magistrales *Leçons sur les maladies des vieillards*, publiées en 1868, émet des idées fort justes. Dans sa leçon sur l'arthrite déformante, nous lisons ceci : « La tuberculose a-t-elle des rapports avec le rhumatisme noueux?... La scrofule figure très souvent dans les antécédents des sujets atteints de rhumatisme chronique progressif. Il est

fréquent de voir ces sujets présenter au cou des cicatrices spécifiques. Je pourrais citer plusieurs exemples de femmes qui pendant leur jeunesse ont été affectées de tumeurs blanches, et chez qui, plus tard, le rhumatisme noueux s'est développé. Sur 119 cas, Fuller en cite 23, soit 50 pour 100, dont le père et la mère avaient présenté des signes évidents de tuberculose pulmonaire. Cette affection, je puis l'affirmer, vient souvent emporter les infirmes atteintes de rhumatismes noueux et dans ces cas il m'a semblé que la phtisie se fait remarquer par la lenteur de son évolution. »

Trousseau est aussi frappé de la présence de la tuberculose chez les personnes atteintes de rhumatisme chronique déformant : « Je ne prétends pas, dit-il, que la tuberculose soit nécessairement une manifestation de la diathèse qui fait le rhumatisme noueux, bien qu'il existe une phtisie rhumatismale, mais je voulais appeler l'attention sur cette funeste complication qui peut bien tenir en partie à l'immobilité et à la vie sédentaire. Rappelez-vous l'histoire de ce vannier qui est mort après avoir présenté des signes de phtisie pulmonaire assez rapide dans sa marche. »

La même idée est exprimée dans les cliniques de Péter : « Ce n'est pas affaire de rhumatisme, mais d'étiollement par sédentarité. »

Même idée aussi dans les cliniques de Guéneau de Mussy : « ... des affections cachectiques comme la tuberculose trouvent dans ces organismes épuisés des conditions trop favorables à leur développement. »

Besnier, dans son article du *Dictionnaire de Dechambre*, étudiant les rapport du rhumatisme noueux avec

la tuberculose, dit : « La tuberculose pulmonaire n'est pas rare chez les ascendants, descendants, collatéraux. On peut même voir la tuberculose apparaître à la période cachectique du rhumatisme, mais la coexistence des deux affections est en réalité rare. Les sujets vraiment prédisposés à la tuberculisation pulmonaire sont prélevés avant l'apparition du rhumatisme chronique.

« C'est là, d'ailleurs, un point à remettre à l'étude, nous le reconnaissons sans peine. Mais nous ne croyons pas nous éloigner de la réalité dans l'aperçu succinct que nous venons de donner à ce sujet. »

Dans son *Traité de l'herpétisme*, Lancereaux émet une idée originale. Il admet que la polyarthrite déformante et la phtisie sont toutes deux une manifestation de l'herpétisme. Rien de surprenant dès lors qu'on rencontre, comme antécédent ou complication, la phtisie pulmonaire dans le rhumatisme déformant.

Lacaze Dori, dans sa thèse inaugurale *sur le rhumatisme nouveau des enfants* (1882) note, sur 12 observations, 12 cas de tuberculose des parents : chez aucun des malades il n'a trouvé de signes de tuberculose.

Un travail d'ensemble fort complet existe sur la question qui nous occupe, des rapports de la tuberculose avec le rhumatisme nouveau.

C'est la thèse inaugurale de Coyrard (Paris 88-89) inspirée par Merklen. L'histoire de la question y est admirablement développée, et nous n'aurions su mieux faire que de nous y reporter.

Coyrard, recherchant d'abord la fréquence de la tuberculose pulmonaire et de l'hérédité tuberculeuse

dans le rhumatisme noueux, fait remarquer que sur 138 observations recueillies depuis la thèse de Charcot, la tuberculose pulmonaire est signalée 8 fois ; 2 fois la tuberculose est signalée chez les enfants.

Cet auteur résume le premier chapitre de sa thèse ainsi :

1^o La tuberculose pulmonaire coïncide avec le rhumatisme chronique progressif dans une proportion de 15 pour 100.

2^o La tuberculose pulmonaire se rencontre très souvent dans l'hérédité directe ou collatérale des malades atteints de rhumatisme noueux : 5, 17 pour 100 selon Fuller ; dans les deux tiers des cas d'après ses recherches personnelles.

3^o Le tempérament scrofuleux, les tubercules locaux individuelles sont très rares chez les rhumatisants noueux.

Plus loin, Coyrard conclut à l'absence de relations diathésiques entre la tuberculose et le rhumatisme déformant : ce sont deux expressions morbides de la misère physiologique ; « tout ce qu'on peut dire, c'est que le rhumatisme chronique progressif des ascendants doit agir comme cause prédisposante à la tuberculose des enfants et inversement, mais on ne saurait aller plus loin ».

D'après Coyrard enfin, la tuberculose pulmonaire dans le rhumatisme noueux se fait remarquer par la lenteur de son évolution, elle est très analogue à la phthisie des vieillards ; c'est l'idée soutenue par Charcot. Elle ne modifie en rien la marche de la polyarthrite déformante. Celle-ci n'influe pas par elle-même sur la

tuberculose. Telles sont, résumées, les idées de cette excellente thèse, idées que nous aurons à discuter plus loin dans le cours de ce travail.

Arrivé à ce point de notre historique, nous touchons à une question qui nous intéresse directement et qui mérite de fixer un moment notre attention. Il s'agit des lésions tuberculeuses articulaires simulant le rhumatisme chronique déformant.

Déjà, dans une de ses cliniques chirurgicales *sur quelques cas chroniques d'arthrite du genou*, Daniel Mollière décrit le cas suivant : Un sujet était porteur d'une arthrite chronique du genou, l'articulation était à peu près libre, la rotule déformée, immobilisée. De chaque côté de l'article, mais en dehors de celui-ci, étaient deux tumeurs, l'une au niveau de l'insertion du triceps, l'autre au niveau de la patte d'oie. A la palpation, on perçoit nettement à leur niveau la sensation que donne la présence de grains riziformes. De plus, « en examinant sur ce malade les doigts et les orteils, nous trouvons, dit M. Mollière, des signes non douteux de rhumatisme déformant ».

Telle était déjà, en germe, l'idée que devait soutenir si habilement plus tard M. le professeur Poncet, et qui, grâce à lui, est actuellement bien établie : la tuberculose peut simuler le rhumatisme chronique. Dans une première communication sur le rhumatisme tuberculeux, M. le professeur Poncet montrait à l'aide de plusieurs observations que la tuberculose pouvait, comme les autres maladies infectieuses, donner lieu à une variété de pseudo-rhumatisme, qu'il appelle le rhumatisme tuberculeux.

A cet égard, deux cas différents peuvent être envisagés :

Dans un premier ordre de faits, il s'agit de pseudo-rhumatismes chroniques. Telle est la *Polyarthrite déformante tuberculeuse* de Poncet, étudiée aux points de vue clinique et radiographique dans la thèse de Barjon (Barjon, *du Syndrome rhumatismal chronique déformant*, Lyon 1897), et dans le travail de Destot et Bérard (communication au Congrès de chirurgie, 1897). Enfin, citons la thèse de Drevet (Lyon 1897) sur la *Polyarthrite tuberculeuse déformante*, où la question est étudiée dans son ensemble.

Dans un deuxième ordre de faits, il s'agit de *pseudo-rhumatisme articulaire aigu tuberculeux*, très bien décrit par notre collègue et ami Mailland, sous l'inspiration de M. le professeur Poncet, dans la *Presse médicale* du 14 septembre 1901. Cette variété aiguë n'a aucun rapport avec la question que nous envisageons. Il nous a suffi de la signaler comme un fait fort intéressant en pathologie.

Au contraire, le pseudo-rhumatisme tuberculeux déformant se rattache de près à notre étude. Mais, autant qu'il est permis d'en juger cliniquement et radiographiquement, il existe des différences bien établies entre la polyarthrite tuberculeuse déformante et le rhumatisme nouveau vrai. Nous allons établir ces différences rapidement, d'après les thèses de Drevet et de Barjon, toutes deux inspirées par Poncet. Cela nous permettra de rejeter en dehors de notre question le pseudo-rhumatisme tuberculeux déformant, dont nous n'aurons plus à nous occuper au cours de ce travail.

A l'encontre de ce qui a eu lieu dans le rhumatisme déformant vrai, dans la polyarthrite tuberculeuse déformante « il s'agissait surtout d'enfants et de sujets jeunes, comme du reste pour la carie sèche de l'épaule » (Barjon, *in* thèse citée). De plus, « parmi les articulations atteintes, on en trouve toujours quelques-unes, une ou deux, qui présentent l'aspect typique de tumeur blanche, avec fongosités, crépitation à grains riziformes ». (Barjon, *in* thèse).

Drevet, dans sa thèse, parlant des signes objectifs de l'affection qu'il décrit, dit : « Cette sensation (de fongosités) a été constatée chez tous les malades qui font l'objet de nos observations..., c'est donc un signe constant de l'affection qui nous occupe, et en regard de ce qu'on trouve à la palpation des articulations déformées par le rhumatisme chronique déformant, où le gonflement, quand il existe, est senti pour ainsi dire plus dur, et donne la sensation de l'os considérablement et irrégulièrement hypertrophié. »

Devret conclut en disant : « Les caractères que nous venons d'énumérer sont, à notre avis, amplement suffisants pour permettre de distinguer la polyarthrite déformante du rhumatisme chronique. »

Notre étude est limitée au rhumatisme chronique déformant vrai. Aussi avons-nous choisi pour nos recherches des malades offrant les symptômes nets de cette affection, et chez lesquels, cliniquement, on n'était pas en droit de soupçonner des lésions tuberculeuses articulaires.

CHAPITRE III

NOTRE MÉTHODE. — EXPOSÉ DES QUESTIONS QUE NOUS NOUS PROPOSONS D'ÉTUDIER

Dans notre travail nous avons apporté un élément nouveau, pouvant aider à faire une étude plus complète des rapports de la tuberculose et du rhumatisme chronique déformant.

En effet, les recherches de MM. Arloing et P. Courmont¹ sur l'agglutination du bacille de Koch par le sérum des sujets porteurs de lésions tuberculeuses nous ont permis d'étudier la fréquence de la tuberculose latente ; les antécédents tuberculeux et les lésions pulmonaires de même nature ayant été seuls recherchés jusqu'ici chez les rhumatisants nouveaux.

Nous avons réuni 113 observations de rhumatisme déformant, sur lesquelles ont porté nos recherches de la tuberculose dans les antécédents et chez les malades eux-mêmes. Parmi ces 113 cas, le séro-dignostic a été fait pour 35. Nous ne reproduirons que ces 35 observations. Chez nos 35 malades, nous avons recherché aussi l'albuminurie et l'état de la pression artérielle, qui pouvaient nous être de quelque utilité pour les présomptions de tuberculose.

² Voir leur mémoire : « le Séro-diagnostic de la tuberculose ».

Munis de ces documents, nous nous proposons d'étudier les faits suivants :

1° Quelle est la fréquence de la tuberculose, cliniquement appréciable, dans les antécédents des sujets atteints de rhumatisme chronique déformant ;

2° Quelle est la fréquence de cette même tuberculose chez les malades eux-mêmes.

Recherches basées sur :

- a) Examen des poumons ;
- b) Signes de scrofule ;
- c) Séro-diagnostic tuberculeux ;
- d) Recherche de l'albuminurie ;
- e) Etude de la pression artérielle.

3° Y a-t-il simple coïncidence entre la tuberculose pulmonaire et le rhumatisme noueux chez le même sujet ou bien existe-t-il quelque lien de parenté morbide entre ces deux affections ?

4° Quel rôle peut jouer la tuberculose dans la production des lésions articulaires du rhumatisme noueux considéré comme une trophonévrose infectieuse ?

5° Est-ce que l'allure clinique du rhumatisme déformant est modifiée par la présence de la tuberculose pulmonaire ?

6° Quelle est la forme de la tuberculose pulmonaire dans le rhumatisme déformant ?

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS ET LEUR CLASSEMENT

Nous avons ainsi classé nos observations en deux groupes :

I. Observations sans tuberculose (d'après la clinique et d'après le séro-diagnostic).

II. Observations avec tuberculose.

1° Soit d'après l'examen des poumons et le séro-diagnostic à la fois ;

2° Soit d'après les signes pulmonaires seuls ;

3° Soit d'après le séro-diagnostic seul (tuberculose latente).

I

Observations sans tuberculose, d'après la clinique et d'après le séro-diagnostic.

OBSERVATION I.

Hôtel-Dieu : 4^{me} Femmes n° 7 (service de M. Teissier).

G. M..., soixante-trois ans, couturière. (Entrée le 8 juin 1899.)

Diagnostic : rhumatisme chronique déformant (articu-

lations des mains, surtout à droite, et genou droit). *Pas de tuberculose pulmonaire*; tendance à la néphrite interstitielle : léger nuage d'albumine et ébauche de bruit de galop.

Pression artérielle : 17. *Séro-diagnostic tuberculeux* : négatif (agglutination incomplète à 1/5).

Antécédents : père mort d'une pleurésie ; mère rhumatisante, aurait été complètement immobilisée pendant plusieurs années.

Rien à signaler dans les antécédents collatéraux.

Dans les antécédents de la malade, on note de l'impaludisme et, plus tard, une pneumonie.

Pas d'autre affection aiguë ; pas de rhumatisme articulaire aigu.

Mariée; ni enfants ni fausses couches.

Affection actuelle : A débuté, il y a une quinzaine de jours, sans étiologie nette. Pas de surmenage ni de séjour dans un lieu humide. La malade a commencé à ressentir des douleurs et de la raideur dans les deux genoux. Après les genoux, les petites articulations des doigts, puis les poignets et les coudes se sont pris. Toutes ces articulations ont été intéressées par à-coup successifs.

La malade traverse des périodes assez longues pendant lesquelles elle ne souffre pas. Puis, à d'autres moments, les douleurs sont très vives avec de la rougeur et de la tuméfaction au niveau des jointures.

A l'entrée, la malade se plaint de souffrir dans le genou droit, qui est très déformé, en gigot volumineux ; les extrémités articulaires sont augmentées de volume, il n'y a pas de subluxation.

Il en est de même du genou gauche, mais d'une façon moins marquée.

Aux mains, les doigts sont tous pris, sans réaliser plus

spécialement le type de flexion ou le type d'extension. Les uns ont une forme en fuseau, les autres simplement en demi-flexion avec raideur articulaire.

Tous les mouvements sont à peu près conservés : la malade peut serrer la main sans trop de difficulté, bien que la force musculaire soit très diminuée.

Au poignet gauche, déformation osseuse très nette sur la face externe avec raideur articulaire.

Les coudes et les épaules sont le siège de quelques craquements, sans déformation.

Les pieds et les chevilles sont absolument indemnes.

Cœur : ébauche de bruit de galop.

Poumons : tous les signes sont normaux ; rien aux sommets.

Pouls : régulier ; pression 17.

Urine : léger nuage d'albumine.

Séro-diagnostic : négatif (agglutination incomplète 1/5).

OBSERVATION II.

Hôtel-Dieu : 4^{me} Femmes, n° 5 (service de M. Teissier).

G. J.. , cinquante-deux ans, brodeuse.

Diagnostic : rhumatisme chronique déformant ; atteintes antérieures de rhumatisme articulaire subaigu ; *pas de tuberculose pulmonaire*. *Sérodagnostic négatif*. Urines très albumineuses.

Antécédents : rien à noter dans ses antécédents directs ou collatéraux ;

Mariée à dix-sept ans ; deux enfants morts en bas âge d'affection indéterminée.

Bonne santé habituelle ; ne tousse pas, ne présente pas de stigmates de scrofule.

Affection actuelle : à la date du 23 juillet 1900, la malade vient à l'hôpital où elle était soignée l'an dernier pour des douleurs articulaires subaiguës.

Elle vient à l'hôpital à cause de son albumine et de son impotence fonctionnelle.

Aux pieds, la malade présente une déviation très accentuée du gros orteil, en dehors, avec épaissement de l'articulation métatarso-phalangienne. La pression sur le tarse au milieu du pied droit est un peu douloureuse.

Aux genoux, douleurs dans les mouvements et à la pression, craquements articulaires ; épaissement de la synoviale, surtout à droite. Il existe aussi des douleurs au niveau de l'articulation des deux hanches. La marche est très difficile.

Aux mains, déviations très marquées des doigts vers le bord cubital avec nouures articulaires.

Douleur à la pression, au niveau des articulations phalangino-phalangétiennes des trois derniers doigts de la main droite.

Poignets un peu épaissis.

Coudes un peu douloureux.

Mais les douleurs sont surtout marquées aux deux épaules dont l'excursion des mouvements est restreinte et pénible.

Un peu de douleur à la percussion, au niveau de la partie supérieure de la colonne dorsale.

Cœur : pointe bat dans le quatrième espace ; ébauche du bruit de galop ; souffle systolique au foyer aortique.

Pouls régulier, à tension moyenne.

Poumons : rien.

Urines claires, ambrées, contenant beaucoup d'albumine.

Séro-diagnostic tuberculeux : négatif, même à 1/5.

OBSERVATION III

Perron : Gondi, n° 12 (service de M. Paviot).

M^{me} M. M..., soixante-dix ans (août 1901).

Diagnostic : fracture du col fémoral droit en voie de consolidation. Rhumatisme déformant. *Pas de tuberculose pulmonaire; séro-diagnostic négatif.*

Antécédents : pas de rhumatisme ni de tuberculose dans les antécédents héréditaires.

Personnellement, la malade n'a jamais toussé; n'a jamais eu d'affection aiguë, sauf une variole à onze ans. Aucun stigmate de scrofule dans son enfance.

Pas de rhumatisme articulaire aigu.

Pas mariée; pas d'enfants.

Rhumatisme : début, il y a une dizaine d'années, par quelques fourmillements et sensation d'engourdissement dans les doigts.

Ces phénomènes étaient plus nettement accusés par les temps froids et humides. Jamais de douleurs dans les grandes articulations.

Les douleurs reviennent par intermittences.

Actuellement : rien à noter du côté des grandes articulations; rien aux poignets, pas de douleurs, pas de craquements.

A la main droite, épaissement des articulations des phalangines avec les phalangettes, tuméfaction noueuse avec raideur articulaire et déviation des phalangettes vers le bord cubital de la main.

Déformation à peu près aussi accentuée du côté gauche. Partout la peau est souple, mobile sur les parties sous-jacentes; ni rougeur, ni œdème.

Poumons : en août 1901, rien aux sommets, un peu d'emphysème dans le reste du poumon ; pas de râles aux bases.

En octobre 1901, tous les signes sont normaux. Rien aux sommets.

Cœur : pointe bat sur une large surface dans le cinquième et le sixième espace. Le premier bruit est un peu prolongé sans galop.

Pression artérielle : 15,5.

Urines : très léger disque d'albumine.

Séro-diagnostic : négatif.

OBSERVATION IV

Perron : Gondi, n° 3 (service de M. Pic, 1894 ; M. Paviot, 1901).

M^{me} A. J..., soixante-deux ans. Entrée en janvier 1894.

Diagnostic : rhumatisme chronique ankylosant du genou et des hanches. *Pas de tuberculose pulmonaire ; séro-diagnostic négatif*. Varices des membres inférieurs, grippe intercurrente.

Antécédents : pas de rhumatisme ni de tuberculose dans la famille.

Personnellement : pas de stigmates de scrofule ; la malade ne tousse pas habituellement.

Pas d'affection aiguë antérieure.

Réglée à seize ans, mariée à vingt-quatre ; trois enfants vivants et bien portants ; ménopause à cinquante ans.

Rhumatisme : début, il y a treize ans, par des douleurs dans les genoux, sans rougeur de la peau.

Actuellement, les douleurs persistent, plus accusées par les temps humides. Ces douleurs sont assez vives à la pres-

sion sur le pourtour de l'articulation des genoux. Si on mobilise ces articulations, on provoque de gros craquements et de vives douleurs ; les mouvements sont un peu limités.

Les hanches ne sont pas indemnes. Ainsi, les mouvements d'adduction et d'abduction de la cuisse sont impossibles. Il y a rotation des jambes en dehors, et on ne peut faire toucher les genoux qu'en croisant une jambe au-dessus de l'autre.

Rien dans les articulations tibio-tarsiennes.

Aux doigts, la malade a ressenti parfois quelques douleurs légères. On note actuellement, à leur niveau, une légère tuméfaction de la tête des phalanges. A la main droite : flexion à angle droit de la deuxième phalange du petit doigt sur la première. Partout, au niveau des articulations malades, les parties molles sont normales.

Poumons : tous les signes sont normaux.

Rien aux sommets.

Cœur : un peu d'irrégularité des bruits

Pression artérielle : 16,5.

Urines : pas d'albumine.

Séro-diagnostic : négatif.

OBSERVATION V

Perron : Gondi, n° 11 (service de M. Chatin 1900 M. Paviot, 1901).

M. P., soixante-cinq ans. Entrée en août 1900.

Diagnostic : rhumatisme chronique déformant. Incontinence d'urine. *Pas de tuberculose pulmonaire, séro-diagnostic* (ébauché à 1/5), négatif.

Antécédents : ni tuberculose, ni rhumatisme dans sa famille.

Dans les antécédents personnels, on ne relève pas de scrofule ; pas de toux ni d'hémoptysies ; variole grave à vingt ans. Pas de rhumatisme articulaire aigu.

Rhumatisme : la malade ne peut en préciser le début, qui serait très ancien ; elle aurait éprouvé, il y a très longtemps, des fourmillements dans les doigts.

Actuellement, on ne remarque rien d'anormal du côté des poignets. La tête des premiers métacarpiens est hypertrophiée et augmentée de volume dans le sens de la largeur. L'articulation carpo-métacarpienne du pouce des deux côtés est absolument ankylosée.

La première phalange du petit doigt est en hyperextension, surtout accusée à droite. Légère déformation des têtes osseuses au niveau des articulations des doigts (phalangiennes, phalangiennes et phalangettiennes). Quelques phalanges sont déviées vers le bord cubital.

Quelques légers craquements quelques raideurs articulaires ; quelques douleurs au niveau des articulations des doigts.

Les parties molles, au niveau des articulations malades sont absolument normales.

Poumons : en août 1900, rien de net ; tous les signes paraissent à peu près normaux.

En octobre 1901, signe d'emphysème aux deux sommets en avant (inspiration humée, expiration prolongée), pas de râles.

La malade tousse un peu parfois ; elle ne crache jamais et n'a pas eu d'hémoptysies.

Cœur : bruits lents, sourds, mal frappés,

Pression artérielle : 17 ; artères dures, athéromateuses,

Urines : pas d'albumine.

Séro-diagnostic : ébauché à 1/5.

OBSERVATION VI

Perron : Camus de Rivery, n° 46 (service de M. Leclerc 1894 ; M. Paviot 1901).

M^{me} P. L..., soixante-neuf ans, brodeuse en soie ; entrée en 1894.

Diagnostic : syphilis probable. Rhumatisme chronique déformant. *Pas de tuberculose pulmonaire. Séro-diagnostic négatif.* (ébauché à 1/5).

Antécédents : pas de rhumatisme dans la famille. Père mort de tuberculose pulmonaire. Régée à quatorze ans ; mariée à vingt ; une fille morte, probablement de méningite. A vingt-huit ans, la malade aurait eu quelques *hémoptysies* (?), avec amaigrissement notable qui persista trois ans.

Cette affection aurait rétrocedé complètement.

Rhumatisme : début à quarante-quatre ans, par l'apparition au niveau du genou droit de nodosités dures, indolores, au nombre de deux siégeant de chaque côté de la rotule. Mêmes lésions au niveau du coude gauche et du coude droit, apparues à peu près à la même époque.

Actuellement, mêmes déformations signalées plus haut. De plus, aux doigts de chaque main, grosses nodosités au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes des deux côtés et aux dernières phalanges. Les doigts sont fléchis à angle obtus au niveau des deuxièmes phalanges. Déviation accentuée de la dernière phalange de l'index vers le bord cubital de la main ; déviation des deux annulaires vers le bord radial au niveau des dernières phalanges.

Quelques craquements ; quelques douleurs par les temps humides.

Pas de modifications des parties molles.

Rien de particulier du côté des autres articulations.

Poumons : en 1894, rien aux sommets.

En octobre 1901, très légère submatité aux deux sommets sans aucun autre signe.

La malade ne tousse ni ne crache.

Cœur : rien de particulier.

Pression artérielle : 19,5. Artères dures, athéromateuses.

Séro-diagnostic : ébauché à 1/5 négatif.

OBSERVATION VII

Perron : *Ferrez*, n° 18 (service de M. Leclerc, 1898 ; M. Paviot 1901).

M^{me} D..., quatre-vingt-trois ans, tisseuse ; entrée en août 1898.

Diagnostic : insuffisance aortique. Rhumatisme chronique déformant, *pas de tuberculose pulmonaire*. *Séro-diagnostic négatif*.

Antécédents : on ne note dans la famille aucun antécédent rhumatismal ni tuberculeux. Personnellement, la malade ne signale aucune affection aiguë dans sa jeunesse, pas de rhumatisme articulaire aigu, pas de toux.

On ne trouve aucun stigmate de scrofule.

La malade n'est pas mariée et n'a pas eu d'enfants.

Rhumatisme : début vers quarante ans, par quelques douleurs, de la raideur dans les articulations des poignets et des doigts.

Actuellement, pas de modifications du côté des parties molles des doigts ; nouures au niveau des articulations des phalanges, phalangines et phalangettes. Au niveau de la main droite, flexion de la deuxième phalange de l'annu-

laire à angle droit sur la première ; renflement considérable de la tête de la deuxième phalange de l'index.

Déviation légère de tous les doigts vers le bord cubital. A la main gauche, le petit doigt est fléchi au niveau de l'articulation de la première et de la deuxième phalange. Les autres déformations sont moins accentuées qu'à droite.

Rien dans les autres articulations.

Poumons : en 1898, on ne relève rien de spécial du côté des poumons ; de même, en octobre 1901, tous les signes sont normaux aux sommets et dans le reste du poumon.

Cœur : pointe dans le cinquième espace ; souffle systolique léger à la pointe se propageant dans l'aisselle.

Au foyer aortique, double souffle.

Pression artérielle : 16.

Urines : disque d'albumine.

Séro-diagnostic : négatif.

OBSERVATION VIII

Perron : Ferrez, n° 39 (service de M. Leclerc, 1898 ; M. Paviot, 1901).

M^{me} C. M..., cinquante-six ans, Entrée en juillet, 1898.

Diagnostic : rhumatisme déformant (une sœur de la malade est atteinte de la même affection) ; *pas de tuberculose pulmonaire*. *Séro-diagnostic négatif*.

Antécédents : pas de tuberculose dans la famille. Une sœur atteinte de rhumatisme déformant.

La malade eut, dans son enfance, la rougeole et la fièvre typhoïde. Régée à dix-sept ans ; ménopause à cinquante. N'a jamais toussé, ni eu d'hémoptysies. Pas de rhumatisme articulaire aigu.

Rhumatisme : début, il y a une dizaine d'années, par des

douleurs et des fourmillements dans les poignets et dans les doigts. Ensuite, apparemment des douleurs dans les chevilles, les genoux et les épaules.

Actuellement : cuisses à demi fléchies; jambes fléchies à angle aigu sur les cuisses. Cette attitude est fixe, persistante, les deux genoux et les articulations des hanches sont ankylosés.

Les genoux sont très douloureux, à la moindre tentative de mobilisation.

Les orteils sont déviés en masse vers le bord externe du pied.

Aux membres supérieurs, on note : le poignet droit est en flexion notable (à angle droit) sur l'avant-bras, est ankylosé dans cette position. Les doigts sont en hyperextension au niveau des articulations de la première avec la deuxième phalange, formant ainsi un angle obtus, ouvert sur le dos de la main. Du côté gauche : ankylose du poignet en légère flexion; déviation de la main « en coup de vent », vers le bord cubital. Toutes les jointures des doigts sont ankylosées.

Depuis dix ans, ces attitudes vicieuses persistent.

La peau et les parties molles ne présentent aucune modification, si ce n'est atrophie musculaire notable.

Les coudes et les épaules sont immobilisés par la douleur et l'ankylose, depuis neuf ans.

Toutes les articulations atteintes sont extrêmement douloureuses, dans tous les mouvements.

Poumons : rien de particulier en juillet 1898;

En octobre 1901, quelques signes d'emphysème au sommet; pas de craquements.

Cœur : on ne note rien de spécial.

Pression artérielle : 15.

Urines : disque d'albumine.

Séro-diagnostic : négatif.

OBSERVATION IX

Perron : Ferrez, n° 9 (service de M. Leclerc, 1898 ; M. Paviot, 1901.

M^{me} B. ., soixante-sept ans, entre en juillet 1898.

Diagnostic : léger rhumatisme déformant. *Pas de tuberculose pulmonaire* ; emphysème pulmonaire ; albuminurie ; athérome artériel. *Séro-diagnostic négatif*.

Antécédents : pas de rhumatisme ni de tuberculose dans les antécédents héréditaires.

Pas mariée, pas d'enfants, ménopause à trente-neuf ans.

A vingt ans, amaigrissement avec sueurs nocturnes ; mais la malade ne toussait pas et n'a pas eu d'hémoptysies. A cette époque, probablement tumeur blanche du genou (arthrite chronique) qui suppura ; on voit actuellement des cicatrices adhérentes à l'os. Jamais de rhumatisme articulaire aigu.

Pas de stigmates de scrofule.

La malade ne tousse pas et ne crache pas.

Rhumatisme : Début remonte à quarante ans au moins, par déformation des doigts qui ont apparu sans douleurs. La malade ne s'est jamais plainte de douleurs dans aucune articulation.

Actuellement, on remarque : à la main gauche, la deuxième phalange du petit doigt est fléchie à angle droit sur la première ; à l'annulaire, flexion de la deuxième phalange sur la première et hyperextension de la troisième sur la deuxième.

Les têtes des phalanges sont notablement augmentées de volume.

Au niveau de la main droite, à peu près mêmes déformations.

Quelques légers craquements au niveau des articulations malades.

Poumons : en juillet 1898, on ne note qu'un peu d'emphysème ; rien aux sommets.

En octobre 1901, légère diminution de la sonorité aux deux sommets, sans modifications des vibrations et sans signes d'auscultation. Dans le reste des poumons, signes d'emphysème léger.

Cœur : pointe bat dans le cinquième espace ; le premier bruit y est un peu prolongé ; à la base, léger frottement systolique.

Pression artérielle : 18.

Urines : en juillet 1898, disque d'albumine ;

En octobre 1901, pas d'albumine.

Séro-diagnostic : négatif.

OBSERVATION X

Perron : Sainte-Anne, n° 8 (service de M. Leclerc, 1899 ; M. Paviot, 1901).

A. C..., soixante-dix ans, entrée en avril 1899.

Diagnostic : rhumatisme déformant ; sommet droit suspect, guéri ; aortite probable ; séro-diagnostic négatif (ébauche à 1/5).

Antécédents : ni rhumatisme, ni tuberculose dans les antécédents héréditaires, ni dans les collatéraux.

La malade dit n'avoir jamais toussé et n'avoir jamais eu d'hémoptysies ; pas de stigmates de scrofule. Pas d'attaque de rhumatisme articulaire aigu. Pas d'affection aiguë antérieure.

Rhumatisme : début subaigu par de la tuméfaction et des douleurs au niveau des doigts de la main droite, il y a

vingt-cinq ans. Nouvelle attaque subaiguë, il y a quelques années. Les déformations ont apparu peu à peu.

Actuellement, le poignet droit est ankylosé, les mouvements en sont impossibles et très douloureux. Doigts déjetés « en coup de vent » vers le bord cubital de la main. Les articulations métacarpo-phalangiennes de l'index et du médius forment une masse saillante sur le dos de la main, formant à ce niveau une saillie de la grosseur d'un œuf de poule. Au niveau de l'annulaire, tuméfaction de la grosseur d'une noix au moins, sur l'articulation de la première et de la deuxième phalange, qui sont fléchies l'une sur l'autre à angle obtus.

Subluxation de la deuxième phalange sur la première, au niveau du médius (angle obtus ouvert du côté du dos de la main) ; à ce niveau existe en même temps un angle très obtus ouvert vers le bord cubital.

Nodosités au niveau de toutes les articulations dans les doigts à droite.

Au niveau de la main gauche, saillie de la région carpienne, surtout vers le bord cubital. Nouures au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes.

Flexion du petit doigt à angle obtus au niveau de l'articulation de la première et de la deuxième phalange ; nouures à toutes les articulations des doigts.

Inclinaison de tous les doigts en masse vers le bord cubital de la main, au niveau de l'articulation de la première avec la deuxième phalange.

Aux épaules, gros craquements avec un peu de douleur. Le coude gauche est ankylosé à angle obtus, un peu globuleux, sans modification des parties molles ; douleurs assez vives dans les tentatives de mobilisation.

Rien à noter au coude droit.

Genou droit ankylosé d'une façon absolue.

A gauche, le genou a conservé toute sa mobilité, avec quelques craquements.

Les cous-de-pied sont tuméfiés sans rougeur, vives douleurs à la pression sur le pourtour de l'articulation. Nombreux craquements lorsqu'on mobilise l'articulation.

Pas de déformation des orteils.

Poumons : on ne note actuellement aucun signe anormal du côté des poumons; la respiration est absolument pure; pas de craquements.

En avril 1899, le sommet droit était un peu suspect; actuellement, tous les signes sont normaux à ce niveau.

La malade ne tousse ni ne crache.

Cœur : rien de particulier; un peu de dureté du deuxième bruit au foyer aortique.

Urines : pas d'albumine.

Séro-diagnostic : ébauche à 1/5, négatif.

OBSERVATION XI

Perron : Sainte-Marie, n° 41 (service de M. Pic, 1899; M. Paviot, 1901).

G. veuve L..., quatre-vingt-sept ans.

Diagnostic : *Rhumatisme chronique déformant*. *Pas de tuberculose pulmonaire*. *Séro-diagnostic négatif*.

Antécédents : il est difficile d'avoir des renseignements par la malade, qui répond très mal à l'interrogatoire. Ses parents n'auraient pas été rhumatisants et n'auraient pas toussé. Elle dit n'avoir jamais été malade. Pas de stigmates de scrofule.

Rhumatisme : début, il y a très longtemps; la malade ne peut préciser. Jamais il n'y aurait eu de phénomènes inflammatoires au niveau des articulations atteintes actuellement.

On constate, au niveau de la main droite, des nouures très accentuées des doigts.

Déviation de la dernière phalange de l'index vers le bord cubital de la main et de la dernière phalange du médius vers le bord radial.

Subluxation de la deuxième phalange du médius sur la première avec ankylose en demi-flexion. Saillie assez considérable de la tête des phalanges et des phalangettes. Déviation de la dernière phalange du pouce vers le bord radial.

A gauche, à peu près mêmes déformations; saillie de la tête du premier métacarpien; déviation de l'extrémité de l'index sur le bord cubital et de l'extrémité de l'annulaire vers le bord radial.

Parfois, quelques douleurs dans les articulations malades, la nuit et par les temps humides.

Pas de modifications du côté des parties molles.

Poumons : signes d'emphysème (décembre 1899).

Réexaminée en octobre 1901; on constate à cette date :

En avant, à droite, au sommet, un peu d'obscurité du murmure vésiculaire; pas de modification des vibrations ni de la sonorité.

Au sommet gauche, rien de particulier.

En arrière, signes d'emphysème sur toute la hauteur, et diminution du murmure vésiculaire plus nette aux sommets.

Cœur : rien de particulier.

Pression artérielle : 16.

Urines : pas d'albumine.

Séro-diagnostic (octobre 1901) : négatif.

OBSERVATION XII

Perron : Sainte-Clotilde, n° 27 (service de M. Paviot).

M. L..., soixante-dix-huit ans.

Diagnostic : *Sénélite athérome. Rhumatisme déformant. Pas de tuberculose pulmonaire. Séro-diagnostic négatif* (ébauche 1/5).

Antécédents : pas de tuberculose ni de rhumatisme dans les antécédents héréditaires, ni dans ses antécédents personnels. Malade n'a jamais toussé, pas d'affection aiguë antérieure.

Rhumatisme : début il y a très longtemps (le malade ne peut préciser), par des fourmillements dans les doigts.

Actuellement, rien à noter aux poignets, sauf la saillie de l'apophyse du cubitus ; la mobilité est normale, pas de craquements, pas de douleur.

Rien du côté du métacarpien.

Mains déjetées en « coup de vent » vers le bord cubital ; phalanges légèrement fléchies sur les métacarpiens, les phalangines sur les phalanges, et les phalangettes sur les phalangines.

Les extrémités articulaires sont notablement augmentées de volume et forment deux saillies dorsales et deux saillies palmaires aux articulations phalango-phalangiennes.

Rien du côté des parties molles, qui sont flasques et mobiles sur les parties sous-jacentes. Quelques douleurs par les temps humides.

La mobilité est partout normale, sauf au niveau de l'articulation de la phalangine avec la phalangette, où la flexion ne dépasse guère 30 à 45 degrés.

L'extension se fait bien ; pas de craquements.

Aux pieds, déformations portant uniquement sur l'articulation du premier métatarsien avec la première phalange qui est très augmentée de volume.

Rien de particulier aux hanches, aux épaules, ni aux coudes.

Poumons : signes d'emphysème dans les deux tiers inférieurs.

Aux sommets, peut-être un peu de diminution de la sonorité avec un peu d'obscurité respiratoire. Pas de craquements ni de modification du rythme respiratoire.

Cœur : rien de particulier.

Pression artérielle : 20 ; athérome artériel.

Urines : très léger disque d'albumine.

Séro-diagnostic : négatif (ébauche à 1/5).

OBSERVATION XIII

Perron : Ponsaimpierre, n° 14 (service de M. Paviot).

S. M..., cinquante-six ans, moulineuse.

Diagnostic : rhumatisme déformant. *Pas de tuberculose pulmonaire, séro-diagnostic négatif.*

Antécédents : père mort à soixante-huit ans non bacillaire. Mère morte catarrheuse, toussant depuis huit ans sans hémoptysies.

Quatre frères ou sœurs morts peu de temps après leur naissance, sans convulsions.

Pas de rhumatisants dans la famille.

Affection aiguë à vingt et un ans qui dura six mois, pendant lesquels la malade toussa peu et n'eut pas d'hémoptysies.

Pas d'adénite cervicale, pas trace de scrofule faciale.

Habituellement bonne santé, ne tousse pas.

Pas de rhumatisme dans les antécédents.

Pas mariée, un enfant mort-né à terme.

Rhumatisme : début il y a huit ans par des douleurs dans les orteils et dans les doigts. Ces douleurs persistent maintenant, surtout aux pieds, plus vives la nuit et par les temps humides.

Les articulations des doigts et des orteils n'ont jamais été tuméfiées.

Actuellement : Aux mains, d'une façon générale, pas de déformation du poignet ni du métacarpe.

Les articulations des premières et deuxième phalanges sont augmentées de volume dans le sens transversal. Aux troisièmes phalanges, ces déformations sont au maximum ; elles rappellent à ce niveau celles de la maladie bleue. Comme caractères spéciaux surajoutés, ces phalanges sont en extension forcée sur les deuxièmes, si bien que l'ongle peut faire avec la face dorsale de la deuxième phalange un angle droit.

Les mouvements sont possibles, sauf la flexion complète des dernières phalanges. Ces lésions sont nettement prédominantes du côté droit, elles sont seulement ébauchées à gauche.

Aux pieds : déjettement des orteils en coup de vent. Saillie notable de la tête du premier métatarsien.

Rien aux genoux, ni aux hanches, coudes, épaules.

Poumons : à gauche dans toute la hauteur, en arrière respiration nettement emphysémateuse. A droite, mêmes signes avec quelques sibilances.

Pas de craquements aux sommets.

Le malade dit ne pas cracher, ni tousser.

Cœur : un peu d'irrégularité dans les battements.

Pression artérielle : 18.

Urines : disque d'albumine.

Séro-diagnostic : négatif.

OBSERVATION XIV

Croix-Rousse, Sainte-Blandine n° 59 (service de M. Bret).

D. C..., soixante-dix ans (septembre 1901).

Diagnostic : rhumatisme chronique déformant, myocardite chronique, dilatation du cœur droit, emphysème pulmonaire. *Pas de tuberculose pulmonaire, séro-diagnostic négatif.*

Antécédents : pas de bacilliose chez les ascendants, mère morte à soixante-dix-huit ans, atteinte de rhumatisme nouveau.

Ne tousse pas habituellement, n'a jamais eu d'hémoptysie.

Réglée à quatorze ans, ménopause à quarante-huit. Mari mort poitrinaire à quarante-quatre ans.

Un seul fils, qui est mort poitrinaire à vingt-deux ans. A trente ans, affection aiguë avec toux, qui dura deux mois sans hémoptysie. On ne peut avoir d'autres renseignements sur cette affection.

Rhumatisme : douleurs dans les genoux depuis sept mois, assez vives, notablement exagérées la nuit, au point que la malade dit souvent ne pouvoir dormir à cause d'elles. Cela est surtout accusé pendant les temps humides. La douleur existe en dehors de tout mouvement articulaire.

Les genoux ne sont pas déformés, on y sent de gros craquements lorsqu'on provoque les mouvements de flexion. Ces mouvements sont assez limités, on ne peut dépasser l'angle droit.

Rien dans les articulations de la hanche, ni dans les articulations tibio-tarsiennes, ni au niveau des orteils.

Aux doigts nouures au niveau des articulations des deuxième et troisième phalanges avec craquements.

Pas de douleurs actuellement; d'autre part, la malade dit n'avoir jamais souffert à leur niveau.

Rien aux poignets.

Craquements dans les deux épaules, sans douleurs.

Poumons : signes d'emphysème, obscurité aux deux bases avec râles d'œdème. Dyspnée.

Cœur : pointe dans le sixième espace; arythmie; souffle de la pointe se propageant vers l'aisselle.

Souffle systolique à l'appendice xiphoïque. Battements épigastriques un peu marqués.

Pression artérielle : 18. Artères athéromateuses.

Séro-diagnostic : négatif.

OBSERVATION XV

Croix-Rousse: Saint-Nizier n° 4 (service de M. Devic).

Rey F..., soixante-six ans, apprêteur (entré le 24 juillet 1901).

Diagnostic : cancer des bronches. Rhumatisme déformant, *pas de tuberculose pulmonaire, séro-diagnostic négatif* (faible agglutination à 1/5 au bout de quelques heures seulement). Pas de *Bacilles de Koch dans les crachats*.

Antécédents : pas de bacillose dans les antécédents héréditaires.

Marié; femme bien portante. N'a jamais toussé, ni eu de douleurs articulaires; mais souvent attaques de lombago.

Rhumatisme : début il y a six mois par douleurs dans les mains et au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes et des dernières phalanges. Ces douleurs étaient vives, empêchant le travail quelquefois; plus vives la nuit.

En même temps apparurent des douleurs dans les épaules, les genoux, les orteils.

Peu à peu sont survenues les déformations constatées actuellement.

Actuellement, du côté des mains, on note: flexion à angle obtus de la troisième phalange sur la deuxième. Doigts hippocratiques. Extension à angle obtus de la deuxième phalange sur la première, sauf pour le petit doigt où la deuxième phalange est fortement fléchie sur la première.

A la main droite, déformation considérable du pouce, dont la dernière phalange est en extension forcée, à angle droit sur la première ; la première est fléchie à angle obtus sur le métacarpien.

Rien de particulier du côté du carpe ni du poignet. Quelques craquements dans les jointures des doigts. Les parties molles sont normales.

Aux coudes, pas de déformations, mouvements très limités, très douloureux.

Articulations scapulo-humérales ankylosées.

Aux membres inférieurs, à droite et à gauche : pas de déformations, quelques douleurs vagues. Saillie de la tête du premier métatarsien, déviation en masse des orteils vers le bord externe du pied.

Aux genoux, pas de déformations ; douleur limitant les mouvements ; pas de craquements.

Rien aux hanches,

Poumons : au sommet droit, râles muqueux dans la fosse sus-épineuse sans retentissement de la toux ; submatité dans le creux sus-claviculaire.

A la base droite, obscurité de la respiration sans souffle ni égophonie.

Le malade a eu quelques crachats hémoptoïques.

Cœur : pas de souffle, bruits réguliers, sourds.

Pouls : filiforme.

Urines : pas d'albumine.

Décès le 27 octobre. A l'autopsie : pleurésie enkystée, néoplasme obturant la bronche droite ; *pas de lésions tuberculeuses aux poumons*.

OBSERVATION XVI

Croix-Rousse, Sainte-Clotilde, n° 40 (service de M. Molard).

G. M., cinquante-sept ans, ménagère. Entrée en octobre, 1901.

Diagnostic : rhumatisme noueux déformant ; *pas de tuberculose, séro-diagnostic négatif*.

Antécédents : rien du côté des ascendants ni des collatéraux.

Réglée à dix-sept ans ; ménopause à cinquante-deux ans.

Aucun stigmat de scrofule ni du côté des yeux ni du côté du nez. Ne tousse pas et ne s'enrhume pas facilement.

Mariée à vingt-deux ans ; pas de fausse couche, un enfant bien portant ; mari jouissant d'une bonne santé.

Rhumatisme : début il y a huit ans, par douleurs dans les articulations tibio-tarsiennes et les orteils.

A peu près en même temps, raideur et fourmillements dans les poignets et les doigts qui devinrent bientôt douloureux.

Peu à peu les coudes, les épaules, les genoux se prirent ; les hanches furent respectées.

Tout cela survint absolument sans fièvre.

Actuellement : déformation considérable des mains. A

gauche, augmentation notable de volume des articulations métacarpo-phalangiennes, due aux reliefs osseux sans modification des parties molles.

Les articulations de la première et de la deuxième phalange, au niveau du petit doigt et de l'annulaire, sont déformées par la subluxation en avant de la première phalange sur la deuxième, de sorte que celles-ci décrivent un angle obtus ouvert sur le dos de la main.

Déformation analogue mais moins accusée au milieu de l'index.

Augmentation notable de volume de la tête du premier métacarpien.

La main est en « coup de vent », déviée vers le bord cubital.

Au niveau de la main droite, déformations à peu près aussi accusées qu'à gauche.

Pas de déformation des poignets, qui sont tous les deux fortement ankylosés.

Les mouvements de toutes les articulations des doigts font entendre des craquements et éveillent de la douleur.

Au niveau des doigts et des poignets il n'y a aucune modification des parties molles.

Les avant-bras sont fléchis à angle droit sur le bras et absolument ankylosés dans cette position. Vives douleurs si on essaye de provoquer des mouvements du coude.

Les articulations scapulo-humérales ont des mouvements très limités, très douloureux, avec craquements nets.

Aux membres inférieurs : déviation considérable des orteils vers le bord externe du pied ; craquements très nets au niveau de tous les orteils.

Ankylose des deux tibio-tarsiennes.

Aux genoux : à gauche, mouvements très limités avec

soudure de la rotule ; craquements dans les deux genoux.

Poumons : en avant, au sommet droit, légère submatité ; pas de modification des vibrations ; à l'auscultation on entend des bruits fins très secs rappelant le bruit du papier.

Au sommet gauche, rien de particulier.

En arrière, aux sommets, rien de particulier.

Aux bases, râles fins d'œdème

Cœur : rien de particulier.

La malade ne tousse ni ne crache.

Pression artérielle : 14.

Bon état général.

Séro-diagnostic : négatif même à 1/5.

Le 13 décembre 1901 : autopsie, épaississement pleural au sommet droit, pas de lésions tuberculeuses à ce sommet.

OBSERVATION XVII

Hôtel-Dieu, 2^{mes} Femmes, n° 16 (service de M. Roque).

L.-M., cinquante-neuf ans, ménagère. Entrée le 12 septembre 1901.

Diagnostic : rhumatisme déformant, pas de tuberculose pulmonaire, séro-diagnostic négatif.

Antécédents : mère âgée, rhumatisante.

Un frère rhumatisant.

Pas de maladie antérieure ; n'a jamais toussé ; n'a pas eu d'attaque de rhumatisme articulaire aigu.

Mariée à vingt-cinq ans ; neuf enfants, dont cinq sont morts de méningite ou de dysenterie ; deux en bonne santé ; un est atteint de rhumatisme.

Rhumatisme : a débuté, il y a quinze ans, par douleur au coude et à la main du côté droit. Puis peu à peu les douleurs se généralisèrent aux autres articulations. Aux

douleurs vives correspondaient du gonflement. Ces symptômes disparurent puis réapparurent. Les déformations ne se manifestèrent qu'il y a six ans.

Malgré tout, la malade put vaquer à ses occupations jusqu'au 16 août de cette année où, les douleurs revenant plus vives, elle dut s'aliter. Ne pouvant subvenir à ses besoins, elle entre à l'Hôtel-Dieu.

A l'entrée : la malade se plaint de souffrir, surtout dans les articulations métacarpo-phalangiennes et phalangiennes du médius gauche.

Ces articulations sont effectivement augmentées de volume et présentent du gonflement très net.

Leur mise en mouvement réveille chez la malade une douleur très vive.

Les autres articulations ne sont point douloureuses. En revanche, elles présentent certaines déformations, surtout accusées aux doigts de la main droite. De ce côté les phalanges sont en légère flexion sur les phalanges et sont « en coup de vent ».

A gauche, ces phénomènes sont moins prononcés.

Aux membres inférieurs, les gros orteils sont seuls déformés et en légère flexion.

Nulle part on ne sent de nodosités.

Poumons : tous les signes sont normaux.

Rien aux sommets.

Cœur : rien de particulier.

Urines : pas d'albumine.

A la date du 26 septembre : poussée aiguë aux doigts et au niveau de la colonne lombaire.

Séro-diagnostic faiblement positif à 1/5 (*négatif*).

II

Observations avec tuberculose.

1° Soit d'après l'examen du poumon et le séro-diagnostic à la fois.

2° Soit d'après l'examen du poumon seul.

3° Soit d'après le séro-diagnostic seul (tuberculose latente).

1° *Tuberculose révélée à la fois par les signes pulmonaires et le séro-diagnostic.*

OBSERVATION XVIII

Hôtel Dieu, 4^{mes} Femmes, n° 3 (service de M. Teissier).

M. M., cinquante ans, lingère (entrée le 9 août 1901).

Diagnostic : ancien ulcère de l'estomac (?). Rhumatisme multiarticulaire déformant des mains : rhumatisme vertébral. Très légère tendance à l'aortite. Sommets suspects. Séro-diagnostic positif à 1/5. Pression artérielle 17. Urines, pas d'albumine.

Antécédents : rien dans les ascendants, ni collatéraux ; son mari est mort il y a cinq ans, probablement tuberculeux. Pas d'enfants ni de fausses couches, jamais de bronchites à répétition ; pas d'hémoptysie.

Affection gastrique avec douleurs et vomissements ; pas d'hématémèse nette.

Déformations de rhumatisme noueux aux doigts, datant de plusieurs années et ayant évolué sans caractères particuliers.

Poumons : sonorité normale ; respiration un peu diminuée d'amplitude aux sommets, s'entend jusqu'aux bases.

Pas de toux ni d'expectoration.

Séro-diagnostic : positif à $1/5$.

OBSERVATION XIX

Perron : Sainte-Anne, n° 11 (service de M. Leclerc 1893 ; Paviot 1901).

Veuve R., soixante-dix-sept ans.

Diagnostic : hystérie ; dyspepsie ; rhumatisme chronique déformant ; *sommets douteux* ; *séro-diagnostic positif de $1/5$ à $1/15$* .

Antécédents : mère morte bacillaire à quarante-neuf ans, ayant eu des hémoptysies.

Quatre frères ou sœurs morts, dont deux tuberculeux.

Dans les antécédents personnels, on note : mariée à vingt-cinq ans, un fils mort à trente ans, probablement d'une méningite.

Pas de maladie dans son enfance, pas de signes de scrofule ; pas de rhumatisme articulaire aigu.

Son mari est mort probablement tuberculeux.

La malade ne toussait pas avant son entrée au Perron. Depuis ce moment elle tousse, a eu quelques crachats hémoptoïques deux fois.

Ne tousse plus actuellement.

Rhumatisme : début, il y a quinze ans, par des douleurs dans les articulations des doigts, sans tuméfaction ni rougeur. Ces douleurs reviennent dès que la malade touche l'eau froide.

N'a pas souffert dans les autres jointures.

Actuellement : aux mains, d'une façon générale, les têtes

inférieures des métacarpiens sont légèrement saillantes. Les premières phalanges ne présentent rien d'anormal ; les deuxièmes, à l'index et aux médius, sont élargies à leur extrémité inférieure.

Celle-ci est déjetée vers le bord cubital. La troisième phalange a aussi son extrémité supérieure augmentée de volume, si bien que son ensemble paraît conique ; la déviation vers le bord cubital est accentuée.

Pas de craquements ; les mouvements s'exécutent facilement, sauf la flexion de la phalangette.

Rien dans les autres articulations.

Au niveau des articulations atteintes, il n'y a pas de modification des parties molles.

Poumons : En décembre 1893, rien de spécial n'est noté.

En octobre 1901, on remarque :

A droite, dans tout le poumon : sonorité diminuée légèrement, un peu d'exagération des vibrations ; à l'auscultation la respiration est soufflante. Au sommet droit : mêmes signes. A gauche, en arrière, au sommet, submatité avec résistance sous le doigt, souffle expiratoire léger, avec quelques petits râles ; cela est surtout net dans la fosse sus-épineuse. En avant et à droite : sonorité normale, respiration granuleuse, pas de craquements.

Cœur : rien de particulier.

Pression artérielle : 21 1/2 ; athérome artériel.

Urines : pas d'albumine.

Séro-diagnostic : positif même à 1/15.

OBSERVATION XX

Perron : Sainte-Marie, n° 48 (service de M. Pic, 1899 ; M. Paviot, 1901).

Veuve T..., quatre-vingt-quatre ans.

Diagnostic : Rhumatisme déformant. Athérome ; insuffisance mitrale. Emphysème pulmonaire. Pneumonie chronique de la base droite. *Sommets suspects*. *Séro-diagnostic positif* à 1/5.

Antécédents : pas de tuberculose ni de rhumatisme dans les antécédents héréditaires et collatéraux.

La malade ne présente pas de signes de scrofule ; a toujours joui d'une bonne santé ; ne tousse pas habituellement. Jamais d'hémoptysie.

Réglée à treize ans, ménopause à cinquante.

Mariée ; pas d'enfants.

Pas d'affection aiguë antérieure.

Pas de rhumatisme articulaire aigu.

Rhumatisme : début il y a une trentaine d'années par quelques douleurs vagues dans les genoux et dans les doigts sans phénomènes inflammatoires.

Actuellement, craquements dans les genoux. La pression au niveau de la hanche droite est un peu douloureuse ; pas de douleur dans la marche. Quelques craquements, dans les genoux et les hanches. Les mouvements de ces articulations sont un peu limités, surtout à la hanche droite.

A la main droite : au niveau de l'index, saillie considérable de la tête de la première et de la deuxième phalange ; flexion de la troisième sur la deuxième.

Doigts déjetés dans leur ensemble « en coup de vent », vers le bord cubital de la main,

A gauche à peu près mêmes déformations, mais moins accusées.

Nulle part on ne perçoit de craquements ni d'ankylose.

Quelques douleurs par les temps humides.

Poumons : en octobre 1899, on note : signes d'emphysème, submatité sous la clavicule droite.

A gauche, sous la clavicule, inspiration humée et expiration prolongée.

Dans la fosse sus-épineuse droite, la respiration est rude.

La malade a toussé pendant six semaines, mais ne tousse pas actuellement

En octobre 1901, on constate : en avant à droite, submatité, exagération des vibrations, diminution du murmure vésiculaire, quelques bruits secs sous la clavicule.

A gauche, en avant : rien de particulier.

En arrière : obscurité respiratoire des deux sommets.

Un peu d'emphysème dans le reste du poumon.

Cœur : rien de particulier.

Pression artérielle : 20 ; athérome artériel.

Urines : disque net d'albumine.

Séro-diagnostic : positif à 1/5.

OBSERVATION XXI

Croix-Rousse, Saint-Irénée, n° 2 (service de M. Chatin).

R. A..., quarante-huit ans, tulliste. Entrée le 20 novembre 1900.

Diagnostic : rhumatisme déformant.

Bacillose pulmonaire (induration du sommet gauche).
Adénopathie généralisée. *Séro-diagnostic positif* à 1/5 ; ébauché à 1/10.

Antécédents : pas de tuberculose dans les ascendants ; un frère a eu une attaque de rhumatisme articulaire aigu.

Marié ; père de deux enfants bien portants. Pas d'affection aiguë antérieure.

Rhumatisme : début il y a douze ou treize ans, par atteinte subaiguë, douleur vive et tuméfaction dans le pied droit.

Actuellement douleurs dans presque toutes les articulations.

A l'examen, on trouve des déformations multiples des articulations. Le cou-de-pied droit est tuméfié sur son bord externe, les gaines tendineuses épaissies ; il ne s'agit pas d'œdème simple, mais d'hypertrophie osseuse et d'empatement dur.

On a des craquements articulaires très nets au genou droit ; au genou gauche la rotule est soudée. Les mouvements de flexion de la jambe sur la cuisse sont limités.

Rien aux hanches.

Aux membres supérieurs, on a des craquements aux deux articulations scapulo-humérales, mais il n'y a pas d'ankylose. Les coudes semblent peu atteints. Aux mains, les déformations portent surtout sur les articulations métacarpo-phalangiennes, dont les têtes sont hypertrophiées et douloureuses. Il en résulte une attitude en demi-flexion des doigts sur le carpe.

Mobilité articulaire anormale des petites articulations interphalangiennes.

Il y a quelques jours, le malade avait des douleurs le long de la colonne vertébrale ; elles ont disparu actuellement.

Poumons : sonorité normale, sauf au sommet gauche, qui est submat en avant et en arrière avec exagération des vibrations.

A l'auscultation on entend dans toute la poitrine quelques ronchus et quelques gros râles muqueux.

Au sommet droit en avant, quelques ronchus isolés ; pas de bruits fixes.

Cœur : rien de particulier.

Pression artérielle : 14.

Urines : pas d'albumine.

Etat général assez précaire ; malade très amaigri.

Séro-diagnostic : positif à 1/5 ; ébauché à 1/10.

2° *Observations avec tuberculose pulmonaire seule (séro-diagnostic négatif).*

OBSERVATION XXII

Hôtel-Dieu : 2^{mes} Femmes n° 16 (service de M. Roque).

P.A , quarante-neuf ans, concierge (entrée le 16 octobre 1901).

Diagnostic : rhumatisme chronique déformant, début en 1901, lésion du sommet gauche, séro-diagnostic négatif.

Antécédents : pas de tuberculose ni de rhumatisme dans les antécédents héréditaires.

Très bonne santé dans son enfance. Pas de maladie antérieure. Pas mariée ; pas d'enfants. Il y a dix mois : poussée de rhumatisme articulaire subaigu à la main droite, aux genoux et aux chevilles.

Affection actuelle : les articulations tibio-tarsiennes sont douloureuses dans la mobilisation, mais surtout les deux genoux, où les mouvements font percevoir des craquements très sensibles.

Les épaules et les hanches ne présentent rien de spécial.

Les poignets sont raides, douloureux, en extension. Il en est de même des doigts, dont la flexion est impossible, sur-

tout au médius, qui est rigide et soudé. La mobilité latérale des doigts est accusée. La colonne vertébrale ne présente rien de spécial.

Poumons : En arrière, signes d'emphysème général, un peu d'expiration prolongée au sommet gauche.

Cœur : Rien de particulier.

Séro-diagnostic négatif.

OBSERVATION XXIII

Hôtel-Dieu : 2^{mes} Femmes, n° 7 (service de M. Roque).

L. R., cinquante-deux ans, dévideuse, entrée le 10 octobre 1901.

Diagnostic : rhumatisme chronique déformant ; rien au cœur. *Début de tuberculose pulmonaire* à gauche. Déformation du type d'extension. *Séro-diagnostic négatif*.

Antécédents : mère morte, probablement bacillaire, à trente-quatre ans ; pas d'autre cas de tuberculose dans sa famille ; pas de rhumatisme dans ses antécédents héréditaires ni personnels.

Très bonne santé dans son enfance et sa jeunesse, toujours exposée à l'humidité par la profession qu'elle exerçait avant d'être dévideuse.

Mariée à vingt-quatre ans ; eut deux enfants bien portants ; son mari a toujours eu bonne santé.

Affection actuelle : a débuté vers quarante-six ans par des douleurs dans le pied droit ; puis successivement se prirent les différentes articulations du coude, de l'épaule et du pied gauche.

Au début il s'agissait de fourmillements, de sensation d'engourdissement douloureux des doigts, qui ne tardèrent pas à enfler au niveau de l'articulation des phalanges et

restèrent définitivement déformés et impotents, sans qu'il y ait de poussées aiguës.

Il y a trois ans, la malade ressentit des douleurs et de la raideur très intense dans le genou droit.

Bientôt, mêmes signes apparurent au genou gauche.

A l'entrée, on constate que la colonne vertébrale est voûtée, un peu douloureuse dans toute son étendue.

Aux membres inférieurs : les deux pieds présentent les gros orteils déjetés latéralement, volumineux ; les autres orteils sont déformés. Articulations tibio-tarsiennes normales ; genoux gros, saillies considérables des condyles internes, douleurs et craquements dans les mouvements.

Aux membres supérieurs : épaules et coudes libres, poignets rectilignes. Carpe très épaissi, mobilisation douloureuse avec craquements. Aux doigts, la première phalange est mobile sur le métacarpien ; les deux dernières fixées en rectilignité ; douleurs dans les mouvements ; mobilité latérale des articulations des doigts très accusée. Tuméfaction marquée des articulations phalango-phalangiennes.

Poumons : en arrière, à gauche, au sommet : submatité, inspiration saccadée, expiration soufflante. Dans le reste du poumon, inspiration saccadée et expiration prolongée.

A droite, sonorité normale au sommet. Mêmes signes d'emphysème dans le reste du poumon qu'à gauche.

Rien en avant.

Cœur : rien de particulier.

Température : 38 degrés.

Urines : pas d'albumine.

Le 17 octobre, au sommet droit, en avant, expiration prolongée et soufflante ; râles fins près du sternum.

Séro-diagnostic : négatif, même à 1/5.

OBSERVATION XXIV

Hôtel-Dieu : Gensoul, n° 30 (service de M. Pollosson).

D. S..., soixante-quatre ans (août 1901).

Diagnostic : fracture du col fémoral. Rhumatisme déformant. *Induration des deux sommets. Séro-diagnostic négatif.*

Antécédents : père mort à trente ans de maladie inconnue.

Mère morte à soixante-huit ans.

Une sœur morte accidentellement.

Un frère bien portant.

Personnellement, à l'âge de dix ans, la malade eut les fièvres paludéennes qui durèrent un an.

Réglée à quatorze ans; ménopause à trente huit ans.

Mariée à trente-cinq ans, pas d'enfants ni fausses couches.

À vingt-six ans, refroidissement ayant nécessité le repos au lit pendant deux mois; traitée par la révulsion sur le thorax.

Depuis, bonne santé habituelle, la malade ne tousse pas et ne s'enrhume pas l'hiver.

Jamais de rhumatisme articulaire aigu.

Fracture du col du fémur, pour laquelle elle est mise en traction.

Rhumatisme déformant : début il y a six ans, progressivement, sans douleur ni gêne fonctionnelle.

Les déformations ont pour siège l'épiphyse supérieure des phalanges des deux mains, qui sont notablement hypertrophiées. Il y a prédominance des lésions sur les deux index et les deux auriculaires.

Aux pieds, déformations semblables, mais moins accentuées, qui ne sont nettes, d'ailleurs, qu'au niveau des seconds orteils.

La malade n'a jamais présenté de signes de scrofule.

Poumons : en arrière, sonorité moins grande au sommet gauche, sans aucun signe d'auscultation en faveur de la bacillose. Respiration emphysémateuse dans les deux poumons.

En avant, c'est le sommet droit qui sonne un peu moins bien ; à l'auscultation, obscurité notable au sommet gauche, sans râles ni craquements.

Cœur : rien de particulier.

Pression artérielle : 16.

Séro-diagnostic : négatif.

OBSERVATION XXV

Perroñ : Gondi, n° 17 (service de M. Pic, 1894 ; M. Paviot, 1901).

M^{me} veuve G..., soixante dix ans. Entrée en février 1894.

Diagnostic : rhumatisme chronique déformant.

Induration tuberculeuse du sommet droit. Séro-diagnostic tuberculeux négatif.

Athérôme ; ramollissement thrombotique de l'hémisphère droit, hémiplegie gauche ; pas d'atrophie ni de troubles de la sensibilité.

Antécédents : pas de tuberculose dans la famille.

Père mort rhumatisant.

Personnellement, pas de scrofule ; ne tousse pas habituellement.

Une fille morte d'affection pulmonaire aiguë, sans qu'on puisse avoir de renseignements sur celle-ci.

En 1894, la malade eut une affection pulmonaire aiguë, qui dura quinze jours. En 1889, elle aurait eu quelques crachats hémoptoïques (?).

Rhumatisme : Début, il y a trois ou quatre ans, par quelques douleurs vagues dans les doigts.

Actuellement, on remarque quelques nouures au niveau de la tête des phalanges.

La troisième phalange de l'index, des deux côtés, est notablement déviée vers le bord cubital.

Au niveau de la troisième phalange du pouce, la déformation est plus accusée qu'aux autres doigts ; les douleurs y sont plus vives et les mouvements plus limités.

Aux genoux, on perçoit dans les mouvements quelques craquements fins ; les mouvements sont un peu limités ; il n'y a pas de déformation appréciable des extrémités articulaires. Les lésions sont plus accusées au genou droit.

Poumons : en février 1899 : en arrière, à droite, sonorité nettement diminuée ; exagération manifeste des vibrations ; inspiration plus rude que du côté opposé ; pas de craquements.

A gauche, en arrière, rien de particulier.

En avant, à droite, submatité, un peu d'exagération des vibrations, respiration un peu rude ; pas de signes stéthoscopiques.

En octobre 1901 : les signes d'induration du sommet persistent exactement les mêmes.

Cœur : rien de particulier.

Pression artérielle : 16.

Urines : pas d'albumine.

Séro-diagnostic : négatif.

OBSERVATION XXVI

Hôtel-Dieu, 4^{mes} Femmes n° 8 (service de M. Teissier).

B..., A. quarante-quatre ans, repasseuse (entrée le 10 mars 1901).

Diagnostic : rhumatisme déformant. *Sommet droit suspect. Séro-diagnostic douteux.*

Antécédents : rien de particulier chez les ascendants ou les collatéraux.

Pas mariée ; fluxion de poitrine à quatorze ans.

Jamais d'attaque de rhumatisme articulaire aigu.

Affection actuelle : date d'un an. A débuté par des douleurs au niveau de la plante du pied et au niveau des orteils ; peu à peu ceux-ci ont augmenté de volume. Puis les douleurs se sont montrées dans les genoux et les épaules ; les hanches ont été épargnées.

Récemment, à l'occasion d'une grippe, les douleurs ont redoublé d'intensité. C'est à cause de son impotence et des douleurs, que la malade entre à l'Hôtel-Dieu.

Les douleurs et les déformations prédominent au niveau des jointures des doigts. Les articulations phalango-phalangiennes sont particulièrement augmentées de volume. La malade ne peut fléchir complètement les doigts.

Rien d'appréciable aux poignets et dans les grandes jointures, épaules, coudes, hanches, genoux.

Néanmoins la malade dit y sentir des douleurs, et l'on y perçoit quelques craquements, assez rares d'ailleurs.

Seules les jointures des orteils, et particulièrement du troisième, sont augmentées de volume.

La colonne vertébrale est intacte.

Au cœur : rien d'anormal.

Pouls : de tension moyenne.

Poumons : un peu d'emphysème, pas de râles ; rien aux sommets.

Urines : pas d'albumine.

Séro-diagnostic : douteux.

1^{er} mai 1900 : on note submatité légère au sommet droit ; pas de modification des vibrations ni du souffle ; peut-être un peu de diminution de la respiration à ce niveau.

3^o Tuberculose avec séro-diagnostic positif seulement, sans lésions pulmonaires cliniquement appréciable (tuberculose latente).

OBSERVATION XXVII

Croix-Rousse, Sainte-Blandine, n° 10 (service de M. Bret).

R. R..., soixante-sept ans, blanchisseuse (septembre 1901).

Diagnostic : rhumatisme noueux. *Pas de tuberculose pulmonaire.* Emphysème. Albuminurie. *Séro-diagnostic positif* de 1/5 à 1/10.

Antécédents : rien du côté des ascendants.

Réglée à douze ans ; ménopause à quarante ans.

Mariée à vingt et un ans ; sept enfants dont deux seuls sont vivants et bien portants : les autres sont morts en bas âge, d'affection indéterminée.

Mari mort rhumatisant, ne toussant pas.

Fièvre typhoïde à vingt-quatre ans ; n'a jamais toussé, sauf depuis un an.

N'a jamais souffert de rhumatisme articulaire aigu.

Rhumatisme : début il y a un an par douleurs dans les

articulations des doigts, du poignet et des épaules, qui ont été tuméfiées au début.

Par moment, apparaissent de la douleur et de la raideur dans ces différentes articulations.

Actuellement, du côté des mains augmentation de volume des deuxième et troisième phalanges.

Flexion de la deuxième phalange du petit doigt sur la première.

Mouvements de flexion limités dans les diverses articulations des doigts.

A la main gauche ces déformations sont plus accusées ; déviation de la dernière phalange de l'index vers le bord cubital de la main.

Pas de craquements, mais raideur articulaire considérable.

Aux poignets mouvements limités, pas de craquements, vives douleurs provoquées par la mobilisation de l'articulation.

Rien aux coudes.

Mouvements des épaules très limités par la douleur et provoquant des craquements nets.

Rien aux membres inférieurs.

Poumons : un peu d'emphysème. Rien aux sommets.

Cœur : bruits sourds, arythmie, léger galop.

Pression artérielle : 15.

Séro-diagnostic positif de 1/5 à 1/10.

OBSERVATION XXVIII

Croix-Rousse, Sainte-Clotilde, n° 57 (service de M. Molard).

F. L .., soixante et onze ans, dévideuse (septembre 1901).

Diagnostic : rhumatisme déformant. *Pas de tuberculose pulmonaire. Séro-diagnostic positif* à 1/5 ; ébauché à 1/10.

Antécédents : père mort à soixante ans d'affection hépatique.

Mère morte d'affection inconnue.

Cinq frères ou sœurs bien portants.

La malade a toujours joui d'une bonne santé dans son enfance et sa jeunesse.

Ménopause à quarante-cinq ans.

Mariée à vingt-trois ans ; une fille morte à quatorze mois d'affection indéterminée.

La malade n'a jamais eu d'affection aiguë antérieure.

Jamais de signes de scrofule.

Rhumatisme : a débuté il y a deux ans par quelques fourmillements dans les doigts, et peu à peu sont survenues les déformations et l'impotence.

Actuellement, la malade entre à l'hôpital parce que les déformations de ses mains l'empêchent de travailler.

En effet, on constate une augmentation très marquée des extrémités osseuses des articulations des doigts, articulations métacarpo-phalangiennes, phalango-phalangiennes, surtout au niveau de l'index et du pouce.

Les articulations se sont déformées peu à peu en deux ans. Elles sont parfois très douloureuses, surtout au moment des variations atmosphériques. On ne constate à leur niveau aucune rougeur ni aucune modification des parties molles.

On provoque facilement des craquements en faisant mouvoir ces articulations.

Craquements également dans les épaules, qui sont douloureuses dès que l'élévation dépasse la ligne horizontale.

Poumons : tous les signes sont normaux.

Cœur : bruits normaux, réguliers bien frappés.

Pression artérielle : 13.

Séro-diagnostic positif à 1/5; ébauché à 1/10.

OBSERVATION XXIX

Croix-Rousse, Sainte-Blandine, n° 27 (service de M. Bret).

D... M., cinquante-deux ans. Entrée en 1897.

Diagnostic : Arthrite cervicale d'origine rhumatismale; consécutivement arthrites chroniques des différentes articulations, influence très nette de l'humidité. — Bronchite, *pas de tuberculose pulmonaire*, *séro-diagnostic positif* à 1/5; faiblement à 1/10.

Antécédents : rien dans les antécédents héréditaires; pas de tuberculose; pas de rhumatisme.

Pas de maladie dans son enfance, n'a jamais toussé. Aucun signe ni antécédent de scrofule oculaire ou cervicale. Jamais d'affection aiguë.

Rhumatisme : début il y a sept ans, par des douleurs dans la région cervicale supérieure. Les mouvements de flexion, d'extension, de rotation de la tête étaient limités. Bientôt et assez rapidement, il fut impossible à la malade de maintenir sa tête dans la rectitude et elle fut obligée de la soutenir avec les mains. Depuis cette époque, la tête est toujours restée fléchie.

Avec ces phénomènes douloureux, on n'a jamais noté aucun signe de participation médullaire.

Pas de trouble de la motilité ni de la sensibilité; pas de trouble des sphincters.

Il y a treize mois (en 1896), sous l'influence répétée de l'humidité (car sa profession de blanchisseuse la met en contact avec l'eau), elle eut des douleurs dans le membre inférieur, au niveau des orteils.

Elle ne se rappelle pas avoir eu de fièvre à ce moment. Bientôt la douleur et la gêne articulaire gagnèrent les tibio-tarsiennes, les genoux, les hanches, puis les articulations du membre supérieur, avec prédominance des lésions à gauche.

Actuellement : on remarque que la tête est fortement fléchie, de sorte que le menton vient presque toucher le sternum. La tête est absolument soudée dans cette attitude. Aucune saillie anormale des vertèbres.

Aux membres supérieurs : les mains sont complètement déformées, déjetées en « coup de vent vers le bord cubital ». Des articulations de toutes les phalanges sont notablement augmentées de volume. Presque tous les doigts sont fléchis avec rétraction considérable des fléchisseurs ; leurs mouvements sont très limités.

Rien de spécial aux coudes ; aux épaules, les mouvements sont très limités et font entendre des craquements.

Aux membres inférieurs, les déformations sont moins marquées, quoique très accusées. Les deux genoux sont ankylosés, les pieds sont fixés en extension complète, et il y a chevauchement des orteils les uns sur les autres.

Poumons : tous les signes sont normaux.

Cœur : rien de particulier.

Pression artérielle : 14.

Urines : pas d'albumine.

Nota : la malade est immobilisée depuis six ans dans une gouttière Bonnet. Nous l'avons revue nous-même ; l'état de ses articulations n'est pas modifié. Il n'y a toujours pas de signes de tuberculose pulmonaire ; la malade ne tousse pas ; son état général est médiocre.

Séro-diagnostic : (octobre 1901) *très positif* à 1/5 ; faible à 1/10.

OBSERVATION XXX

Perron, Sainte-Clotilde, n° 26 (service de M. Paviot).

B... M..., soixante-dix ans.

Diagnostic : *rhumatisme déformant vrai*; *pas de tuberculose pulmonaire*; *séro-diagnostic positif à 1/5*.

Antécédents : aucun antécédent rhumatismal ni tuberculeux dans sa famille ; n'a jamais toussé, ne présente pas de stigmates de scrofule. Pas d'attaque de rhumatisme articulaire aigu. Mariée, quatre enfants morts d'affection indéterminée, n'ayant pas toussé.

Rhumatisme : début il y a trente ans environ, par sensation de fourmillement et d'engourdissement dans les doigts. Jamais de phase aiguë avec modification des parties molles périarticulaires.

Actuellement : aux poignets, un peu de raideur et quelques craquements. Mains en « coup de vent », déjetées vers le bord cubital. Saillie de la tête des métacarpiens, surtout du premier et de la tête de toutes les phalanges.

Phalangettes fléchies à angle obtus sur les phalanges, qui sont elles-mêmes fléchies sur les phalanges.

Quelques craquements dans toutes ces articulations, avec raideur et douleurs seulement par les temps humides.

Mouvement de flexion relativement libres ; mouvements d'extension limités, au niveau de toutes les articulations des doigts.

Craquements dans les deux épaules.

Les deux gros orteils sont fortement déjetés vers le bord externe du pied.

Du côté de la mâchoire, mouvements très limités avec

douleurs et craquements nets au niveau de l'articulation temporo-maxillaire.

Cœur : Rien de particulier.

Poumons : Tous les signes sont normaux. Absolument rien aux sommets.

Urines : Pas d'albumine.

Séro-diagnostic : positif à 1/5.

OBSERVATION XXXI

Perron, Sainte-Marie, n° 33 (service de M. Paviot).

Vve M., quatre-vingts ans.

Diagnostic : rhumatisme chronique déformant. *Pas de tuberculose pulmonaire*. *Séro-diagnostic* : positif de 1/5 à 1/10. *Adénite sous-maxillaire*.

Antécédents : pas de tuberculose ni de rhumatisme dans les antécédents héréditaires ; un frère mort probablement bacillaire, ayant toussé pendant six ans et ayant beaucoup maigri.

Pas de tuberculose dans les antécédents personnels, pas de rhumatisme.

Mariée à vingt ans ; six enfants, deux morts-nés, deux vivants et bien portants ; les autres sont morts en bas âge toussant un peu.

Pas d'affection aiguë antérieure.

Ne tousse ni ne crache habituellement.

Pas de signes de scrofule.

Rhumatisme : début subaigu il y a trente ans, par des douleurs et de la tuméfaction au niveau des doigts. Pas de fièvre à ce moment. Peu à peu les déformations ont apparu.

Actuellement, au niveau des deux mains, nouures de

toutes les jointures des doigts, pas de craquements, pas de douleurs, pas d'ankylose.

A droite, la dernière phalange du pouce est subluxée vers le bord cubital et décrit avec la première phalange un angle obtus ouvert en dehors.

La force musculaire des mains est relativement conservée, étant donné l'âge de la malade.

Pas de rétractions tendineuses. La marche est rendue pénible à cause des douleurs qu'elle provoque dans les genoux et dans les hanches, mais n'a pas de caractères spéciaux. Les réflexes sont normaux.

Poumons : submatité au sommet gauche sans signe stéthoscopique (10 juin 1901).

8 novembre 1901. — M. Paviot revoit la malade : rien de particulier aux sommets, sauf quelques râles de déplissement sous la clavicule gauche.

Adénite sous-maxillaire à droite, sans adhérence à la peau.

Cœur : gros, avec bruit de galop.

Pression artérielle : 17.

Urines : disque net d'albumine.

Séro-diagnostic : positif de 1/5 à 1/10.

Nota : M. le professeur agrégé Paviot, qui a bien voulu examiner spécialement cette malade au point de vue bacillaire, rejette pour elle l'hypothèse de tuberculose pulmonaire. Pour lui, les râles fins du sommet sont liés à l'albuminurie, et la présence d'un goitre net chez la malade n'est pas favorable à l'idée d'une tuberculose.

Cependant il fait quelques réserves sur l'adénite sous-maxillaire, que n'explique pas suffisamment l'état dentaire de la malade.

OBSERVATION XXXII

Perron, Sainte-Marie, n° 43 (service de MM. Chatin, Paviot 1900).

G. Vve B., soixante-seize ans.

Diagnostic : M. Chatin : troubles psychiques, athérome. Souffle extra-cardiaque. Emphysème. Nodosités d'Héberden.

M. Paviot : rhumatisme chronique déformant ; *pas de tuberculose pulmonaire*. *Séro-diagnostic* : positif même à 1/15.

Antécédents : ni tuberculose, ni rhumatisme dans les antécédents personnels et héréditaires.

Pas d'affection aiguë antérieure chez la malade ; pas de rhumatisme ; pas de stigmates de scrofules.

La malade dit n'avoir jamais toussé.

Rhumatisme : début il y a une trentaine d'années, par des fourmillements et de l'engourdissement dans les articulations des doigts. Jamais il n'y a eu au niveau de celles-ci de modifications du côté des parties molles.

Actuellement, déviation notable de la dernière phalange de l'index vers le bord cubital, et de la dernière du médius vers le bord radial.

Toutes les jointures sont fortement noueuses ; surtout saillies de la tête de la deuxième phalange. Pas de craquements ; pas de mouvements anormaux. Pas de douleurs, sauf quelquefois la nuit et par les temps humides.

Poumons : signes légers d'emphysème (4 janvier 1900).

8 novembre 1901. — M. Paviot a bien voulu examiner cette malade au point de vue bacillose. Il note ce qui suit :

Aux sommets, à gauche, en avant : son plus clair à la percussion, très légère résistance au doigt. Rien au point de vue vibrations aux sommets ni en avant, ni en arrière,

A l'auscultation, à gauche, en avant, une ou deux sibilances assez fixes.

Dans la fosse sus-épineuse en arrière : rien à la percussion, mais à l'auscultation une ou deux bulles inconstantes.

M. Paviot rejette, pour cette malade, l'idée de tuberculose pulmonaire. Le thorax est en effet large, bien développé ; la constitution paraît robuste. La malade ne tousse pas. Il explique les quelques râles de bronchite constatés à l'auscultation, par l'albuminurie.

Cœur : éclat du deuxième bruit, souffle mésosystolique à la base.

Pression artérielle : 20 ; athérome artériel.

Séro-diagnostic : positif même à 1/15.

Urines : disque net d'albumine.

OBSERVATION XXXIII

Perron, Sainte-Anne, n° 29 (service de M. Paviot).

M. E..., soixante-six ans ; entrée le 15 février 1901.

Diagnostic : rhumatisme déformant. Athérome aortique.

Pas de tuberculose pulmonaire. Séro-diagnostic : positif à 1/5, douteux à 1/10.

Antécédents : Rien à noter dans les antécédents héréditaires ; pas de tuberculose ni de rhumatisme.

Dans les antécédents personnels : pas d'affection aiguë, ni de rhumatisme ; pas de signes de scrofule dans l'enfance.

Ps mariée ; un enfant bien portant.

A signaler : une bronchite il y a deux ans, qui dura trois mois ; n'eut pas d'hémoptysies à ce moment, mais depuis s'enrhume facilement et a parfois quelques sueurs la nuit,

Rhumatisme : début, il y a vingt ans, par de la douleur dans les doigts, sans rougeur. Les déformations sont survenues peu à peu.

Actuellement : aux mains, lésions symétriques. Les doigts sont déjetés « en coup de vent » vers le bord cubital. Les articulations des métacarpiens avec les premières phalanges sont normales.

Les articulations des premières phalanges avec les deuxièmes sont augmentées de volume, surtout dans le sens transversal. Au niveau de l'articulation existent deux saillies sur les deux bords des doigts.

Les phalanges, surtout à droite, sont subluxées légèrement en dehors.

Au contraire, sur les articulations des phalangettes avec les phalanges, l'épaississement porte surtout sur le diamètre antéro-postérieur des extrémités osseuses. Les phalangettes sont légèrement fléchies, un peu subluxées en arrière sur les phalanges.

L'extension ne dépasse pas 145 degrés pour les phalanges et 120 degrés pour les phalangettes.

La flexion des phalanges sur les phalanges est à peu près impossible. La flexion de la phalangette est plus facile, mais très limitée et n'atteint pas 15 à 20 degrés.

On note quelques craquements dans toutes ces articulations.

La peau est partout souple et mobile.

Douleurs par les temps humides.

Rien aux coudes.

A l'épaule droite, craquements et mouvements limités.

Aux orteils, pas de chevauchement ; mais la deuxième phalange de tous les orteils est fléchie sur la première ; extension forcée de la troisième sur la deuxième.

Saillie du premier métatarsien ; déjettement du gros orteil

vers le bord externe du pied, faisant avec celui-ci un angle de 45 degrés environ, ouvert en dehors.

Quelques craquements dans la tibio-tarsienne.

Rien à la hanche ni aux genoux.

Poumons : en arrière, tous les signes sont normaux sur toute la hauteur et aux sommets. La respiration est pure partout, sans modifications du rythme respiratoire, sauf à droite où la respiration est un peu soufflante, sans râles.

En avant : un peu d'emphysème à droite.

Cœur : pointe bat dans le cinquième espace, un peu en dehors de la ligne mamelonnaire; arythmie légère; à la pointe, léger souffle systolique se propageant vers l'aisselle. A la base : deuxième bruit clangoreux; premier bruit prolongé, sans souffle.

Pression artérielle, 17.

Séro-diagnostic : positif à 1/5; douteux à 1/10.

OBSERVATION XXXIV

Perron, Ferrez, n° 14 (service de M. Leclerc, 1893; M. Paviot, 1901).

M^{me} B. M..., soixante-cinq ans. Entrée en avril 1893.

Diagnostic : rhumatisme déformant (hérédité directe).

Pas de tuberculose pulmonaire. Séro diagnostic positif de 1/5 à 1/10.

Antécédents : pas de tuberculose dans la famille.

Mère atteinte de rhumatisme chronique depuis l'âge de soixante ans; morte à soixante-huit ans, n'ayant jamais toussé.

La malade eut la rougeole dans son enfance.

Réglée à treize ans, ménopause à quarante-cinq ans. Pas mariée.

La malade n'a jamais toussé et n'a jamais eu d'hémoptysies.

Rhumatisme : début, il y a vingt-cinq ans, par de l'engourdissement des doigts, puis douleurs assez vives à leur niveau, avec un peu de tuméfaction et de rougeur.

Peu à peu, les doigts se sont déformés, et les phénomènes subaigus du début réapparurent par intermittences.

Douleurs dans les genoux, ayant débuté il y a un an.

Actuellement, les doigts sont fléchis dans la main (attitude du poing fermé) avec forte déviation vers le bord cubital. Impossibilité de redresser les doigts, et toute tentative de redressement provoque de très vives douleurs. Toutes les jointures des doigts sont un peu noueuses.

Ces attitudes vicieuses sont plus accusées à droite ; l'index droit chevauche sur les autres doigts, dans l'attitude de la flexion, avec déviation en dedans.

Au niveau des doigts, les parties molles sont absolument normales : pas de rougeur ni d'œdème.

Vives douleurs dans les moindres mouvements.

Le coude et l'épaule droits sont douloureux, pas de craquements. Aux genoux, nombreux craquements. Au pied gauche on note de la raideur et de la douleur dans les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne. Le gros orteil est en abduction forcée.

Poumons : en avril 1893, tous les signes sont normaux. Rien aux sommets.

En octobre 1901, très légère submatité au sommet droit, en arrière, avec un peu de rudesse de la respiration. Rien de spécial à l'auscultation.

Cœur : par moments, rythme mitral.

Pression artérielle : 16,5

Urine : léger disque d'albumine.

Séro-diagnostic : positif de 1/5 à 1/10.

OBSERVATION XXXV

Hôtel-Dieu, 2^{mes} Femmes (service de M. Roque).

V. M., cinquante ans, ménagère. Entrée le 18 août 1901.

Diagnostic : le 19 août, néphrite chronique ancienne. Rhumatisme déformant. Poussées récentes de congestion pulmonaire. Péricardite de la pointe.

Le 20 août : diagnostic controuvé, pas d'albumine, congestion rénale et albuminurie fébrile.

Le 27 août : poussée de rhumatisme chronique dans le service. *Pas de tuberculose pulmonaire, séro-diagnostic positif à 1/10.*

Antécédents : pas de tuberculose, mais nombreux rhumatismes dans sa famille.

Santé délicate, maux d'yeux dans l'enfance.

Une adénite axillaire.

Réglée à douze ans, ménopause à quarante-cinq ans, époque à laquelle ses règles s'espacèrent.

A elles se mêlèrent des pertes à odeur nauséabonde. Soignée à l'Hôtel-Dieu par application du chlorure de zinc ; elle subit ensuite une intervention à la Croix-Rousse ; elle ne peut donner sur cette opération aucun renseignement.

Mariée à dix-sept ans, quatre enfants dont deux morts en bas âge ; deux vivants, faibles de constitution.

Rhumatisme : début, il y trois ans, par douleur dans les doigts et dans les membres inférieurs.

Actuellement : ankylose complète de l'épaule droite, douleurs au niveau de la main et des doigts du même côté.

Tension artérielle : 14 1/2.

Aux poumons : rien aux sommets.

Bouffées de râles fins à gauche sur la ligne axillaire.

Au cœur : double souffle à la pointe modifié par l'attitude ; douleurs dans les mouvements respiratoires.

Urines : albumine.

24 septembre. — Le double souffle, au niveau du cœur, a disparu. De même l'albuminurie.

12 octobre. — Phénomènes douloureux depuis hier sur l'épaule droite, le poignet et les doigts du même côté.

Sero-diagnostic positif à 1/10.

CHAPITRE V

DISCUSSION DES FAITS OBSERVÉS

I. Fréquence de la tuberculose, d'après la clinique, dans les antécédents des sujets atteints de rhumatisme chronique déformant.

La tuberculose cliniquement appréciable ne s'est pas montrée très fréquente dans les antécédents de nos malades. Sur les 115 cas observés, nous n'avons noté la tuberculose, dans les antécédents héréditaires ou collatéraux, que 8 fois ; soit dans 7 pour 100 des cas.

Ces résultats tiennent le milieu entre ceux obtenus par Fuller, Coyrard, Crèvecœur.

Fuller trouve une proportion plus faible ; il a relevé la tuberculose pulmonaire dans l'hérédité directe et collatérale, dans la proportion de 5,7 pour 100 (mais il ne fait mention que de la tuberculose pulmonaire). Au contraire, Coyrard, dans sa thèse, la constate dans un tiers des cas, et dans la statistique de Crèvecœur (thèse, Paris, 1890), elle est notée dans 12, sur 43 examinés à ce point de vue.

**II. Fréquence de la tuberculose, d'après la clinique
chez les rhumatisants nouveaux.**

1° Tuberculose pulmonaire :

Sur nos 113 cas, nous avons noté 12 fois la tuberculose pulmonaire, soit 10,4 pour 100 ; Coyrard trouve la proportion de 15 pour 100.

2° Tempérament scrofuleux :

3 cas seulement de manifestations scrofuleuses (écrouelles, blépharite, etc.). Coyrard constate de même, dans sa thèse, que « la scrofule et les tuberculoses locales individuelles sont très rares chez les rhumatisants nouveaux ».

3° Résultats fournis par le séro-diagnostic :

Dans 35 cas, le séro-diagnostic a été fait ; les résultats se répartissent ainsi :

a) 22 fois la séro-réaction a été négative.

Sur ces 22 cas, il y a 16 malades non tuberculeux cliniquement, 1 tuberculeux avéré et 5 suspects de tuberculose cliniquement.

b) Dans 13 cas la séro-réaction a été positive ; ces cas se répartissent ainsi :

3 cas où le séro-diagnostic a été positif à un cinquième, c'est-à-dire faiblement.

8 cas positifs à un dixième, c'est-à-dire fortement.

2 cas positifs à un quinzième, c'est-à-dire très fortement.

Sur ces 13 malades, 2 sont suspects de tuberculose et un autre est nettement bacillaire ; 10 n'ont aucune lésion pulmonaire tuberculeuse.

Enfin, notons ceci : sur les 35 sujets chez qui le séro-diagnostic a été fait, 26 ne sont pas tuberculeux cliniquement. Le séro-diagnostic, chez ces malades, donne 10 résultats positifs, soit 38,5 pour 100. Ce pourcentage des séro-diagnostic positifs est supérieur à celui obtenu en expérimentant chez des malades quelconques de l'Hôpital, non suspects de tuberculose (34,6 pour 100, d'après Arloing et P. Courmont, dans leur mémoire sur le séro-diagnostic et la tuberculose). On est donc en droit de considérer la *tuberculose latente* comme un peu plus fréquente dans le rhumatisme chronique déformant que dans les autres affections.

4° L'albuminurie s'est montrée très fréquente chez nos malades. Sur 33 cas, nous l'avons trouvée 17 fois, soit dans la moitié des cas.

5° La pression artérielle s'est montrée élevée le plus souvent (la plupart de nos malades, 19 du Perron, étaient de vieilles athéromateuses de soixante-dix à quatre-vingts ans).

Nota : il est difficile de dire la valeur qu'ont la présence de l'albumine et l'état de la pression artérielle au point de vue qui nous intéresse, sans faire un tableau comparatif de l'état des urines, de la pression artérielle, du cœur, et du séro-diagnostic pour chaque cas. Nous avons dressé le tableau suivant où, en regard de chaque cas observé, sont notés : l'état des urines, la pression artérielle, le cœur, le séro-diagnostic.

Cas observé	Urines	Pression artér.	Cœur	Séro-diagnostic.
1 ^{er} cas.	un peu d'albumine.	17	o	négatif.
2 ^e —	tr. lég. disque d'alb.	20	o	négatif.
3 ^e —	o	18	o	positif à 1/5.
4 ^e —	mince disque d'alb.	17	ébauche galop ;	positif à 1/10
5 ^e —	louche léger d'alb.	20	écl. du 2 ^e br. à l'aorte ;	posit. même à 1/15
6 ^e —	o	16	id	négatif.
7 ^e —	fort disque d'alb.	20	id	positif à 1/5.
8 ^e —	o	21 1/2	o	pos. même à 1/15
9 ^e —	o	17	écl. du 2 ^e br. aort. ;	positif à 1/10.
10 ^e —	o	18	o	négatif.
11 ^e —	léger disque d'alb.	16	mal de Corrigan ;	négatif.
12 ^e —	léger disque d'alb.	15	o	négatif.
13 ^e —	léger louche d'alb.	16 1/2	rythme mitral ;	positif à 1/10.
14 ^e —	o	16	o	négatif ;
15 ^e —	o	16 1/2	o	négatif.
16 ^e —	léger disque d'alb.	15 1/2	o	faibl. positif.
17 ^e —	o	17	éclat du 2 ^e bruit.	positif à 1/5.
18 ^e —	gros disque d'alb.	14	o	négatif.
19 ^e —	o	14	o	positif à 1/10.
20 ^e —	disque moy. d'alb.	15	o	positif à 1/10.
21 ^e —	léger disque d'alb.	18	o	o
22 ^e —	o	14	o	positif à 1/10.
23 ^e —	o	13	o	positif à 1/10.
24 ^e —	o	16 1/2	o	négatif.

Ce qui nous frappe dans ce tableau, c'est la fréquence de l'albuminurie (la moitié des cas). Dans sa pathogénie il faut faire intervenir vraisemblablement : le grand âge des malades, les altérations artérielles fréquentes, la tuberculose rénale possible.

Quant à la pression artérielle, elle est élevée le plus souvent ; mais, quelquefois, assez faible, cela coïncidant plutôt avec un séro-diagnostic positif. Elle nous donne peu de renseignement étant donné l'âge des malades.

II. Y a-t-il simple coïncidence entre la tuberculose pulmonaire et le rhumatisme noueux chez le même sujet ; ou bien, existe-t-il quelque lien de parenté entre ces deux affections ?

Nous l'avons vu dans l'histoire de la question : Ball, dans sa thèse d'agrégation, 1866, avait nettement posé et résolu la question en faisant une critique fort judicieuse des discussions qui avaient eu lieu avant lui. « Il est évident, dit-il, que si le rhumatisme ne prédispose nullement à la tuberculose, il n'existe cependant aucun antagonisme entre les deux affections. Qu'un rhumatisant devienne tuberculeux, qu'un tuberculeux devienne rhumatisant, est-ce sur de pareilles coïncidences qu'on aurait le droit d'établir une corrélation entre deux maladies aussi communes ? »

Hérard dit très justement : « La tuberculose apparaît dans la cachexie arthritique, mais elle y apparaît, comme dans toute cachexie, par suite des influences mauvaises, hygiéniques ou autres, qui aboutissent à l'altération et à la débilitation de l'organisme. »

Charcot, parlant de la tuberculose pulmonaire chez les rhumatisants noueux, ajoute : « Cette affection, je puis l'affirmer, vient souvent emporter les infirmes atteintes de rhumatisme noueux. »

Dans sa thèse, Coyrard fait remarquer que le rhumatisme est « une maladie de pauvreté ». Les appellations des différents auteurs le prouvent « rhumatisme des pauvres », « goutte de l'indigence », « goutte asthénique primitive »..., etc. Il frappe les organismes

débilités, soit par une tare héréditaire, soit plutôt par hygiène défectueuse, quand les deux conditions ne sont pas réunies chez le même individu. Habitation humide, étroite, sans air ni lumière, mauvaise nourriture, travaux pénibles, etc., toutes ces causes sont signalées par les cliniciens. Ne sont-ce pas les conditions de choix pour créer un terrain propice aux tubercules ?... Que l'on compare les chapitres consacrés à l'étiologie du rhumatisme noueux et de la tuberculose, on les dirait calqués l'un sur l'autre ; ils peuvent se résumer en un mot : « misère physiologique ».

D'ailleurs, la plupart des rhumatisants noueux sont des malheureux cloués sur un lit d'hôpital ; quelques-uns tourmentés souvent par de vives douleurs empêchant le repos et le sommeil, faisant perdre l'appétit et affaiblissant l'organisme.

Aussi peut-on dire que la tuberculose ne crée pas le rhumatisme, mais elle peut provoquer son développement comme toute déchéance de l'organisme ; elle peut agir aussi, probablement, comme toutes les infections, nous le verrons plus loin. Le rhumatisme noueux ne crée pas non plus la tuberculose ; il peut y prédisposer seulement, en affaiblissant l'organisme par l'impotence qu'il crée, par les tourments qu'il amène, etc...

Donc, ces deux affections : rhumatisme noueux et tuberculose ne paraissent pas avoir de lien de parenté directe entre elles. Elles ne relèvent pas non plus d'une même diathèse, qui chez les ascendants produirait, par exemple, la tuberculose, et chez les descendants le rhumatisme noueux et inversement. Bien

différentes en cela des diverses manifestations de l'arthritisme, par exemple, qui se traduit chez les ascendants par la goutte, l'asthme, etc., et se manifeste chez les descendants par le diabète, la migraine, l'urticaire, etc., ou inversement.

Ici, rien de semblable ; tuberculose et rhumatisme sont deux affections distinctes, dont la présence chez le même sujet peut s'expliquer suffisamment par la déchéance de l'organisme, créée par l'une de ces deux affections et préparant un terrain favorable au développement de l'autre, ou bien par une simple coïncidence.

En effet (autant que nous l'avons pu faire préciser aux malades), la tuberculose ne paraît pas avoir apparu chez eux consécutivement au rhumatisme. Le plus souvent, il s'est agi de femmes appartenant à la classe pauvre, habitant des lieux humides, souvent mal nourries; qui ont commencé à éprouver quelques fourmillements et quelques douleurs dans les articulations des doigts et qui, à peu près à la même époque, se sont mises à tousser. Continuant leur profession pénible, elles s'inquiétaient peu, et de leur toux et des manifestations articulaires qui apparaissaient. Sur nos dix tuberculeuses atteintes de rhumatisme déformant, peu de malades ont pu fournir des renseignements bien précis sur la priorité d'apparition de la tuberculose ou du rhumatisme. Une de nos malades, cependant, est nettement devenue tuberculeuse à l'hôpital (obs. XIX). Une autre, au contraire (obs. X), présentait à son entrée au Perron un peu d'induration du sommet droit; actuellement ce signe a disparu, et le séro-diagnostic chez elle est négatif.

Les huit autres étaient bacillaires à leur entrée, et leur tuberculose pulmonaire, légère d'ailleurs, n'a pas progressé et est restée absolument stationnaire dans son évolution.

Nos recherches motivent donc bien les idées que nous émettions plus haut.

IV. Quel rôle peut jouer la tuberculose dans la production des lésions du rhumatisme noueux, considéré comme tropho-névrose infectieuse ?

Faut-il nier, cependant, tout rapport de la tuberculose avec le rhumatisme noueux ? Ce serait peut-être aller trop loin. La théorie infectieuse du rhumatisme chronique noueux étant admise actuellement, ne semble-t-il pas, *a priori*, que la tuberculose peut jouer dans la production du rhumatisme déformant le rôle que joue toute infection ?

Les idées les plus diverses ont été émises sur la pathogénie du rhumatisme noueux considéré comme maladie infectieuse.

Besnier a été frappé de ce fait, qu'il apparaissait souvent à la suite de grossesses répétées. Plusieurs auteurs, après lui, ont émis l'hypothèse que cette affection pouvait être due à des infections utérines créées pendant l'accouchement, infections allant produire à distance des lésions articulaires.

Bouchard, d'autre part, a constaté que « certaines variétés de rhumatisme déformant peuvent être améliorées et même guéries parfois, uniquement par l'antiseptie intestinale ». Dans plusieurs cas, il a constaté à

la suite de ce traitement « la disparition des déformations des doigts et la cessation des douleurs ». Doit-on donc admettre qu'une auto-infection ou une auto-intoxication d'origine intestinale peut amener la production des lésions articulaires du rhumatisme déformant ?

A la suite de toutes ces hypothèses, on ne s'étonnera pas de voir émettre cette idée, la plus admise actuellement, que le rhumatisme est une « trophonévrose infectieuse ». Le microbe ou le parasite qui produirait celle-ci, se trouve peut-être dans les moisissures des lieux humides et sur les murs salpêtrés (voy. article de Teissier et Roque *in* Brouardel).

Dès lors, si des microorganismes si différents, d'après ces diverses hypothèses, peuvent produire des lésions exactement semblables, on peut se demander si les toxines du bacille de Koch ne peuvent pas, elles aussi, produire ces lésions.

Et si on l'admettait, il faudrait probablement distinguer deux ordres de faits :

1^o Dans certains cas, le bacille de Koch introduit dans l'organisme, va se localiser au niveau des articulations pour y produire des lésions tuberculeuses simulant le rhumatisme déformant (polyarthrite tuberculeuse déformante de Poncet). Dans ce cas, la lésion articulaire est nettement tuberculeuse.

2^o Dans d'autres cas, au contraire, les toxines tuberculeuses agissant seules à distance, pourraient créer au niveau des articulations les lésions du « rhumatisme déformant vrai », et cela en produisant probablement soit une névrite périphérique soit une altération primitive de la moelle, qui retentit secondairement sur les

articulations. Mais si cela est possible, le fait serait surtout intéressant dans les cas où, comme chez plusieurs de nos malades (v. obs. XXVII et suivantes, 10 cas) ne présentant aucun signe clinique de tuberculose, le séro-diagnostic a été trouvé positif; ce qui fait supposer une tuberculose latente dans l'organisme.

C'est là une simple hypothèse sur laquelle il serait téméraire de se prononcer actuellement.

V. Est-ce que l'allure clinique du rhumatisme déformant est modifiée par la présence de la tuberculose pulmonaire ?

Coyrard admet que l'invasion de la bacillose « ne modifie en rien la marche des lésions articulaires ». Nous aussi nous avons fait la même remarque. D'après nos observations, il ne s'est produit aucune lésion tuberculeuse, cliniquement appréciable chez nos malades, au niveau des articulations noueuses. La forme du rhumatisme déformant n'est ni plus ni moins sévère que chez les sujets indemnes de tuberculose pulmonaire. Aussi admettrons-nous que les lésions articulaires dans le « rhumatisme déformant vrai » restent toujours de même nature, malgré la tuberculisation du poumon.

VI. Quelle est la forme de la tuberculose pulmonaire dans le rhumatisme déformant ?

Charcot a justement remarqué que, dans ce cas « la phtisie se fait remarquer par la lenteur de son évolution ». Coyrard fait la même remarque, et dit que « les caractères présentés par la tuberculose doivent être

attribués plutôt à la sénilité organique des malades qu'à leur rhumatisme nouveau ». Nos recherches, sur ce point confirment absolument les précédentes. Il s'agit de tuberculose légère avec évolution lente, pouvant même guérir, comme nous en avons cité un cas plus haut. Sur les 113 cas que nous avons observés, il n'y a eu que 3 morts par tuberculose pulmonaire avec cavernes.

De toutes ces discussions au sujet des résultats auxquels nous sommes arrivé par nos recherches, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

CONCLUSIONS

I. La tuberculose cliniquement appréciable est assez fréquente (10,4 pour 100) chez les sujets atteints de rhumatisme déformant, assez fréquente aussi dans leurs antécédents héréditaires (7 pour 100), rare chez les descendants (3 pour 100). La scrofule se rencontre rarement chez ces malades (2 pour 100).

II. Chez les rhumatisants nouveaux, non suspects de tuberculose cliniquement, le pourcentage des séro-diagnostic positifs est légèrement plus élevé que chez les malades pris au hasard à l'hôpital et non tuberculeux cliniquement (38,5 pour 100 au lieu 34,6 pour 100). La tuberculose latente, révélée seulement par le séro-diagnostic est donc légèrement plus fréquente dans le rhumatisme nouveau que dans les autres affections.

III. L'albuminurie est très fréquente au cours du rhumatisme nouveau, puisqu'elle existait dans la moitié des cas que nous avons observés. Dans sa pathogénie il faut faire intervenir probablement : l'âge avancé des malades, les altérations artérielles fréquentes, la tuberculose rénale possible.

IV. La pression artérielle, qui est normalement abaissée chez les tuberculeux, s'est trouvée quelquefois faible, même chez des vieillards. Dans la majorité des cas elle était au-dessus de 16 (les sujets étaient d'ailleurs de vieux athéromateux). Nous n'avons pas trouvé de rapports nets entre la pression et la tuberculose, sauf dans quelques cas.

V. Considérant les liens de parenté morbide qui peuvent exister entre la tuberculose et le rhumatisme noueux, nous admettons :

1° Que le rhumatisme noueux, comme toute cause de déchéance de l'organisme, peut conduire à la tuberculose, mais que le plus souvent les causes qui favorisent le développement du rhumatisme noueux (notamment le séjour dans les lieux humides et malsains) favorisent aussi l'éclosion de la tuberculose. Aussi ces deux affections paraissent-elles avoir les mêmes causes prédisposantes, ce qui explique la fréquence de la tuberculose chez les rhumatisants noueux.

2° Pour expliquer les cas de rhumatisme noueux vrai coïncidant avec une tuberculose pulmonaire antérieure, on peut admettre dans certains cas une simple coïncidence des lésions. Dans d'autres cas on peut songer à l'action des toxines du bacille de Koch, produisant soit une névrite périphérique, soit une altération médullaire primitive qui retentirait à son tour sur les articulations. Quoi qu'il en soit, les toxines du bacille de Koch peuvent agir comme celles de tout autre micro-organisme, pour produire une trophonévrose infectieuse.

VI. La présence de la tuberculose pulmonaire chez les rhumatisants chroniques nouveaux ne semble pas modifier l'évolution des lésions articulaires. Le rhumatisme, dans ce cas, a la même allure que chez les sujets non tuberculeux.

VII. La tuberculose pulmonaire, dans le rhumatisme déformant, a une marche lente, torpide, rappelant celle des vieillards.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE.
TEISSIER.

Vu :

POUR LE DOYEN, L'ASSESEUR,
LACASSAGNE

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GABRIEL COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- ARLOING, Congrès de médecine interne, Montpellier 1898.
- ARLOING ET COURMONT, Le séro-diagnostic de la tuberculose (Gazette des Hôpitaux, 1^{er} décembre 1900).
- De l'Agglutination du bacille de Koch ; application au séro-diagnostic.
 - Communication faite sur le séro-diagnostic de la tuberculose au Congrès de Londres (compte rendu in Province médicale, 8 août 1901).
- BARJON, du Syndrome rhumatismal chronique déformant, thèse, Lyon, 1897.
- BALL, thèse d'agrégation, 1866.
- BESNIER, in Dictionnaire de Dechambre.
- BOUCHARD, Maladies par ralentissement de la nutrition.
- CHARCOT, Leçons sur les maladies des vieillards.
- CORNIL, Coïncidences pathologiques du rhumatisme articulaire, 1864.
- COYRARD, Tuberculose et rhumatisme chronique progressif (thèse, Paris 1888).
- CRÈVECŒUR, Pathogénie du rhumatisme chronique (thèse, Paris 1890).
- DREVET, de la Polyarthrite tuberculeuse déformante (thèse, Lyon 1897).
- GUÉNAU DE MUSSY, Cliniques.
- MAILLAND, du rhumatisme tuberculeux (Revue générale in Presse médicale, 14 septembre 1901).

D. MOLLIÈRE, Cliniques.

PONCET, Rhumatisme tuberculeux ; communication faite à la Société nationale de médecine de Lyon, février 1900.

— Rhumatisme tuberculeux ou pseudo-rhumatisme d'origine bacillaire (communication orale à l'Académie de médecine, 23 juillet 1901,

TEISSIER ET ROQUE, Rhumatisme chronique, in Traité de Brouardel.

TROUSSEAU, Cliniques.

